

# Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse  
Herausgegeben von Günter Ammon

*Erik D. Wittkower und Hazel H. Weidman*

Magisches Denken und die Integration psychoanalytischer  
und anthropologischer Theorie

*Karin Ammon*

Ein Beitrag zur Handhabung der Gegenübertragung

*Hilarion Petzold*

Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des  
Psychodramas im „tetradischen System“

7. Jahrgang

3. Heft 1974

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

**26**



# Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse  
Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP),  
der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) und der  
Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)  
7. Jhg., 3. Heft 1974, Nr. 26

Herausgegeben von Günter Ammon  
unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Roma — D. Anzieu, Paris — R. Barnes, Phoenix — L. Bellak, New York — G. Benedetti, Basel — G. R. Bloch, Los Angeles — J. Cremerius, Freiburg — Th. Dosužkov, Praha — R. Ekstein, Los Angeles — A. A. Fischer, Utrecht — S. H. Foulkes, London — Th. Freeman, Antrim — A. Garma, Buenos Aires — K. E. Godfrey, Topeka — J. L. Gonzales, Mexico City — G. H. Graber, Bern — F. Hacker, Wien/Beverly Hills — F. Hansen, Oslo — G. Hidas, Budapest — H. Illing, Los Angeles — I. Jakab, Belmont — H. W. Janz, Hannover — M. Khan, London — E. Linnemann, København — A. E. Meyer, Hamburg — G. Murphy, Washington — S. Nacht, Paris — G. J. Rose, Rowayton — E. Rosenblatt, Santiago — W. Schulte †, Tübingen — H. Searles, Chevy Chase — E. Servadio, Roma — D. Shaskan, Los Angeles — V. Smirnoff, Paris — T. C. Sinha, Calcutta — J. Sutherland, Edinburgh — V. Tähkä, Helsinki — Y. Tokuda, Tokio — E. Weigert, Chevy Chase — W. Th. Winkler, Gütersloh — W. Z. Winnik, Jerusalem — E. D. Wittkower, Montreal.

|                                                                                                | Seite |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <i>Erik D. Wittkower</i> (Montreal) und <i>Hazel H. Weidman</i> (Miami)                        | 129   |
| Magisches Denken und die Integration psychoanalytischer und anthropologischer Theorie          |       |
| Magical Thought and the Integration of Psychoanalytic and Anthropological Theory               | 136   |
| <i>Karin Ammon</i> (Berlin)                                                                    | 138   |
| Ein Beitrag zur Handhabung der Gegenübertragung                                                |       |
| A Contribution to the Use of Countertransference in Psychoanalytic Treatment                   | 149   |
| <i>Hilarion Petzold</i> (Rambouillet/Paris)                                                    | 151   |
| Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Psychodramas im „tetradischen System“ |       |
| The Diagnostic and Therapeutic Possibilities of Psychodrama in the “Tetradic System”           | 178   |
| Buchbesprechungen/ <i>Book Reviews</i>                                                         | 182   |
| Nachrichten                                                                                    | 187   |

This journal is regularly listed in *Current Contents* and *Social Science Citation Index*  
GW ISSN 0012-740X

This publication is included in the abstracting and indexing coverage of the *Bio-Sciences Information Service of Biological Abstracts*



Jakob L. Moreno

† 14. 5. 1974

„Vor seinem Tode nahm er Abschied von seinen Schülern und Freunden, um sich ganz dem Sterben widmen zu können, in dem sich sein Leben vollendete: im Bewußtsein, der Schöpfer seiner selbst zu sein, ein 'Homo creator'“.

Paul Pörtner

# Magisches Denken und die Integration psychoanalytischer und anthropologischer Theorie\*\*\*

Erik D. Wittkower\* und Hazel H. Weidman\*\*

Die Autoren legen die unterschiedlichen Theorien der Psychoanalyse und der Ethnologie zur Genese des magischen Denkens dar. Hierbei erscheinen die zunächst unterschiedlichen Positionen beider Disziplinen als komplementäre Teilaspekte. Nach der Schilderung der Möglichkeiten und Grenzen einer isolierten Betrachtungsweise wird eine Verknüpfung beider Ansätze versucht:

Soziale Ambiguität — Ambivalenz des Individuums — Handlungsunfähigkeit — Schwächegefühl — Verneinung und Projektion der Machtlosigkeit — magisches Denken in Form von Onnipotenzphantasien.

Diese Arbeit stellt den Versuch eines Psychoanalytikers und eines Ethnologen dar, über eine Seite des vom Psychoanalytiker studierten Irrationalen, nämlich über das Problem des Magischen, weiterzudenken. Der Kürze halber wollen wir uns nur mit einigen Aspekten der gesamten Fragestellung beschäftigen.

Über das Magische ist zwar von Psychoanalytikern und Ethnologen viel geschrieben worden, aber es wurden nur geringe Fortschritte bei der Integration relevanter Einsichten dieser beiden Disziplinen erzielt. Ein Teil der Schwierigkeiten bei der Synthese beruht auf der Tatsache, daß die psychoanalytische Theorie einen Entwicklungsprozeß beschreibt; insofern legt sie ihren Schwerpunkt auf innere Strukturen oder pathologische Prozesse im Verhalten des Individuums. Die ethnologische Theorie andererseits ist vergleichend und richtet ihre Aufmerksamkeit primär auf äußere Strukturen oder normatives Gruppenverhalten.

Genauer ausgedrückt hat sich der Psychoanalytiker weithin mit der Magie in dem Ausmaß beschäftigt, wie sie eine Symptomatologie erzeugt und ihr Farbe gibt. Speziell hat er sich mit der Herrschaft magischen Denkens und anderer magischer Kräfte beim Zwangskranken befaßt und mit ihrer noch ausgedehnteren und intensiveren Rolle in der Schizophrenie.

Der Ethnologe andererseits hat sich weitgehend mit der Klassifizierung von Formen der Magie beschäftigt. Er hat der Differenzierung der Magie von anderen sozialen Einrichtungen wie Religion und Wissenschaft viel Aufmerksamkeit gewidmet. Ebenso hat er versucht,

\* Prof. Dr. med., Dep. of Psychiatry, McGill University, Montreal, Canada

\*\* Dr. phil., Dep. of Psychiatry, University of Miami School of Medicine, Miami, Florida

\*\*\* Vortrag gehalten auf dem IV. Int. Forum für Psychoanalyse, New York, 28. 9.—2. 10. 1972; die ursprüngliche Fassung wurde unter dem gleichen Titel auf der 2. Pan African Neuropsychiatrie Conference in Dakar, Senegal, 4.—9. 3. 1968, vorgelegt. Die Autoren danken Dr. George Devereux für die kritische Durchsicht der ersten Fassung.



die Funktion der Magie im täglichen Verhalten der Mitglieder einer Gesellschaft und der Gesellschaft als ganzer zu verstehen. Aufgrund dieser divergierenden Interessen ist es verständlich, daß wir bis heute nicht fähig waren, mehr von der psychoanalytischen und ethnologischen Theorie zu synthetisieren.

*Webster* (1961) definiert Magie als „die Kunst, die objektiv oder auch nur nach Meinung ihrer Anhänger mit Hilfe übernatürlicher Wesen oder geheimnisvoller Naturkräfte Wirkungen erzielt“. Aber in der Praxis dieser Kunst müssen drei Aspekte betrachtet werden: magischer Glaube, magische Übungen und magische Gedanken. Während der Psychoanalytiker dazu neigte, die mit magischen Übungen verknüpften Denkprozesse zu betonen, legte der Ethnologe sein Augenmerk auf Wunderglauben und magische Übungen.

Für unsere Zwecke wollen wir zunächst die Denk-Prozesse betonen, die in der Praxis der Kunst der Magie stattfinden. Wenn wir uns künftig auf die Nutzenanwendung des Wunderglaubens beziehen, meinen wir, daß in der praktischen Ausübung der Magie bewußt oder unbewußt geglaubt wird, sich durch Gedankenprozesse anderer Personen und Dinge bemächtigen oder sie meistern zu können. Darüber hinaus erkennen wir, daß magische Kräfte nicht allein durch Gedanken, sondern auch durch Phantasie, Traum, Gestik, symbolische Kunst, Sprache und bezauberte Stoffe ausgeübt werden können.

Körperteile, wie abgeschnittene Haare oder Nägel, und Kleidungsstücke einer Person werden benutzt, um auf magischen Wegen einem bestimmten Opfer Schaden zuzufügen, während man glaubt, daß lediglich gedachte oder laut gesagte Worte magische Macht annehmen beim Beten, Fluchen, bei rituellen und therapeutischen Prozeduren. *Ferenczi* (1950) unterschied in seiner Arbeit über die Entwicklungsstufen des Realitätssinns vier aufeinanderfolgende Schritte: Periode der unbedingten Omnipotenz (intrauterin), Periode der magisch-halluzinatorischen Omnipotenz, Periode der Omnipotenz mit Hilfe magischer Gesten und Periode der magischen Gedanken und Worte.

Wunderglauben spielt in allen Gesellschaften eine große Rolle, aber er scheint zu bestimmten Zeiten in einigen mehr sanktioniert, institutionalisiert und benutzt zu werden als in anderen. Wenn wir eine evolutionäre Betrachtungsweise annehmen, so scheint dies auf verschiedenen Stufen in der Geschichte einzelner kultureller Traditionen so zu sein. Bis vor kurzer Zeit hätten wir sagen können, daß ein wichtiger sozialer Prozeß, nämlich die ökonomische Entwicklung (gemeint sind Industrialisierung, Urbanisierung, und Kommerzialisierung) eine wesentliche Rolle spielt in der Unterscheidung zwischen solchen Gesellschaften, in denen der Wunderglaube seine Vitalität und Funktion behält, und anderen, in denen die Vorherrschaft dieses Glaubens und

das Vorkommen magischer Bräuche abnimmt. Gegenwärtig können wir jedoch nicht die starke Evidenz der Wiederkehr magischen Denkens und magischer Praxis im Zentrum der wissenschaftlichen Welt übersehen, d. h. in den post-industrialisierten Gesellschaften des Westens.

Kann uns eine transkulturelle Betrachtungsweise dieses Aspektes des Irrationalen helfen, Ordnungen in den Interaktionsprozessen zwischen innerer und äußerer Welt zu verstehen, die mehr oder weniger getrennt von Psychoanalyse und Ethnologie untersucht werden?

Wunderglaube wird von Individuen in einer Gesellschaft zur Befriedigung von Bedürfnissen benutzt, um sie abzuwehren und um damit fertig zu werden. Der Psychoanalytiker würde sagen, daß im gleichen Maße, wie dieses geschieht, Onnipotenzgefühle zentral sind, und eine partielle Fixierung an frühe Stadien der psychosexuellen Entwicklung nahelegen, wo die narzißtische Libido dem Ich das Gefühl von Onnipotenz gibt.

*Ferenczi* (1950) verfolgt spekulativ den Glauben an diese eigene Onnipotenz zurück zum pränatalen Stadium, wenn im Fruchtwasser des Mutterleibes alle Bedürfnisse des Fötus — nach Schutz, Wärme und Nahrung — durch die Mutter garantiert sind. „Was ist Onnipotenz?“ fragt er. „Das Gefühl, daß alle Wünsche erfüllt sind und daß nichts mehr zu wünschen übrig bleibt.“

Wie dem auch sei, Analytiker stimmen zu, daß Kinder unter der Herrschaft des Lustprinzips mit einer sie frustrierenden Realität umgehen, indem sie eine magisch-halluzinatorische Onnipotenz entwickeln. Jeder, der Kinder beobachtet, kann sehen, wie sie ihre kleinen Arme nach dem Licht oder dem Mondschein ausstrecken, ohne sich ihres Größenwahns bewußt zu sein.

Aus psychoanalytischer Sicht muß eine teilweise Fixierung an diese frühen Entwicklungsstadien vorliegen, damit ein Individuum sich den Magieglauben seiner Kultur zunutze machen kann. Genauer gesagt, der Patient muß in Streß-Situationen in diese Entwicklungsstadien regredieren, damit Onnipotenzphantasien und magisches Denken eine Hauptrolle in seinem Abwehrsystem spielen. Auf diese Weise verbindet der Psychoanalytiker Onnipotenzphantasien und magisches Denken mit der Interaktion zwischen Mutter und Kind während der vorsprachlichen Entwicklung des Kindes. Zusammengefaßt vermutet er, daß kognitive Strukturen des späteren Lebens von der emotionalen Struktur der frühen Stadien der psychosexuellen Entwicklung abhängig sind. Ein Beispiel dafür stammt von *Erikson* (1963). Vertrauen und Optimismus können — wie *Erikson* anmerkt — auf frühkindliche orale Erfahrungen zurückgeführt werden. Ein Kind, das davon überzeugt ist, bei Hungergefühl die Brust zu bekommen, ist vertrauensvoll und optimistisch, während ein Kind ohne diese Überzeugung mißtrauisch, pessimistisch und



argwöhnisch ist. Eng verbunden mit diesen Erfahrungen ist die Ambivalenz. Die Brust kann ebenso ein gutes wie ein schlechtes Objekt sein. Werden die Bedürfnisse des Kindes nicht befriedigt, so wird sein Ärger geweckt. Im Gefühl der Omnipotenz zerstört es durch magische Zeichen das benötigte Objekt. Von oralen Impulsen und Zorn beherrscht, introjiziert es und verleibt sich die böse beschädigte Brust ein. Dieser Prozeß gibt Anlaß zu Verfolgungsangst. Die Ambivalenz, die unbefriedigenden Mutter-Kind-Interaktionen innewohnt, geht einher mit der Phantasie, die Brust sei in eine gute und in eine böse Brust geteilt. Die böse Brust wird verleugnet und die gute idealisiert; oder die böse und gefährliche Brust wird weggestoßen und die gute festgehalten. Körperlich drückt sich dieser Prozeß im Ausspeien aus; das psychologische Analogon sind Verneinung der bösen Brust und Projektion. Eine mehr technische Beschreibung der psychoanalytischen Position ist die Erkenntnis, daß die Magie positive und negative Aspekte besitzt. Angeblich steht die positive Magie im Dienst der Sexualtriebe des Eros, die negative Magie im Dienst der Todestriebe des Thanatos. Von beiden nimmt man an, daß sie im Dienste des Es stehen. Präziser ausgedrückt gilt nach *Nunberg* (1955) für positive und negative Formen der Magie, genauso wie für Gefühle und Gedanken der Omnipotenz, daß ‚innen‘ fälschlicherweise für ‚außen‘ genommen wird (die äußere Welt stellt eine Reflexion der inneren Welt dar). Die Ich-Grenze ist nicht scharf, sie ist verschwommen. Das Ich unterscheidet noch nicht genau zwischen den inneren und äußeren Prozessen und ist unfähig, dem Andrang der Es-Strebungen hinreichend zu widerstehen oder sie zu modifizieren. Da die Trennung von Ich und Es noch nicht vollständig ist, stellt das Ich einen nur teilweise organisierten und differenzierten Teil des Es dar. Omnipotenz und Magie gehören daher zu den Entwicklungsstadien der Gesamtpersönlichkeit, in denen sich das Ich vom Es noch wenig unterscheidet, in denen sozusagen des Es „noch nahe beim Ich“ ist; dies ist ein weiterer Grund dafür, warum es häufig kaum möglich ist, eine Es-Regung von einer Ich-Regung zu unterscheiden.

Der Ethnologe verfügt über kein ähnliches theoretisches System. Seine Sichtweise ist meist das Spiegelbild der psychoanalytischen. Der Ethnologe betrachtet das der magischen Praxis innewohnende magische Denken als von einer schon vorgegebenen kognitiven Struktur abgeleitet, die im Denken der Erwachsenen zur Zeit der Geburt eines Kindes besteht. Demnach entwickelt sich das Kind in diesem kognitiven Feld und lernt, sich magischen Glauben zunutze zu machen, so wie es die Älteren während seiner Sozialisation und der Reifezeit tun.

Während der Ethnologe erkennen mag, daß dieser Glaube gewisse psychologische und emotionale Bedürfnisse befriedigt, wird dieser Aspekt jedoch zum größten Teil vernachlässigt.

Fernerhin betont der Ethnologe den logischen Zusammenhang, in dem von solchem Glauben Gebrauch gemacht wird. Seine Sicht vom logischen Gebrauch des magischen Denkens sei durch eine kurze Beschreibung des Weltbildes, auf dem es basiert, geklärt. Nach Wax und Wax (1962, 1963) wird die Welt als „lebendig“ angesehen, was allerdings viel mehr impliziert als die einfache Tatsache, daß die Objekte in der Welt belebt sind. Weil alles lebt, entwickeln sich soziale und emotionale Beziehungen zwischen Menschen und den nicht-menschlichen Lebewesen und erlauben eine planmäßige Interaktion. Die Grundlage für diese enge Verbindung zwischen Mensch und Natur ist die Energie, ein wesentliches Merkmal der natürlichen Ordnung, die nichtsdestoweniger im Gleichgewicht gehalten werden muß, um den Charakter des Universums aufrecht zu erhalten.

Im Kontext dieses Weltbildes bietet Magie Möglichkeiten zum Umgang mit Naturkräften an. Obwohl der Ausdruck „Omnipotenz“ in dieser Formulierung nicht gebraucht wird, ist die Erweiterung des Selbst in der Beziehung zwischen Mensch und Natur in einer belebten Welt impliziert, und der Gebrauch dieser Naturkräfte scheint der psychoanalytischen Sicht der Omnipotenzphantasien näher zu stehen als die ethnologische Literatur gewöhnlich behauptet.

Es gibt Schwächen in den Hypothesen des Psychoanalytikers und des Ethnologen über die Ätiologie magischen Denkens beim Individuum.

Wenn wir die psychoanalytische Formulierung annehmen, werden wir zu dem Schluß gezwungen, daß etwas Entscheidendes sich in der Mutter-Kind-Beziehung in jeder Gesellschaft ereignete, in der viele Individuen magische Überzeugungen institutionalisierten und nutzbar machten. Wir müssen weiterhin davon ausgehen, daß der Wunderglaube in einigen Gesellschaften intensiver war als in anderen.

Wenn Vertrauen das Kriterium ist, nach dem wir das Ausmaß der kindlichen Bedürfnisbefriedigung beurteilen, und wenn Befriedigung oder Frustration etwas mit magischem Denken zu tun hat, wie vereinbaren wir dann ethnographische Berichte über einen gleichbleibenden nahen physischen Kontakt und eine allgemeine Nachgiebigkeit gegenüber jüngeren und älteren Kindern mit der Möglichkeit allmählicher Selbst-Entwöhnung über zwei bis fünf Jahre mit der gleichzeitigen Institutionalisierung von Wunderglaube und Praxis in den gleichen Gebieten? Gerade Afrika ist eine Region, welche bekannt ist für die fördernd strukturierte Kindererziehung, ebenso wie für blühende Einrichtungen, die auf magischem Denken basieren.

Die ethnologische Theorie hilft uns ebensowenig, die beobachteten Differenzen zu erklären. Wenn wir beispielsweise die Vorstellung eines magischen Weltbildes allen Gesellschaften außer der jüdisch-christlichen oder Gesellschaften mit einer wissenschaftlichen Tradition zuschreiben,

wie *Wax* und *Wax* es tun, so ist diese Formulierung natürlich zu global. Falls der Gebrauch der Magie mit dem Erwerb und der Anwendung von Macht verbunden ist, die den Naturkräften innewohnt, kann man vermuten, daß Gefühle der Machtlosigkeit von Gesellschaft zu Gesellschaft variieren. Hier beginnt die Bedeutung der „Deologie“, wenn wir uns fragen, was für unterschiedliche Formen die Magie in Järgergesellschaften, unter Inselbewohnern, in ländlichen Gruppen, in Agrargesellschaften, in industrialisierten und post-industrialisierten Gesellschaften annehmen könnte. Hat das magische Spiel für die Individuen in diesen Gesellschaften die gleiche Bedeutung? Finden wir z. B. unter Jägern ungeachtet ihrer einfacheren Technologie weniger Vertrauen in die Magie als beim Bauern mit einer entwickelteren Technologie? Wenn wir das Gefüge des magischen Weltbildes betrachten, so können wir annehmen, daß der Jäger über einen höher entwickelten Machtsinn verfügt und aus diesem Grunde Machtlosigkeit nicht im selben Maße wie der Bauer erfährt.

Solche Fragen können nicht vollständig beantwortet werden: Trotzdem müssen sie aufgeworfen werden. Es ist verlockend zu behaupten, daß die Psychoanalyse und die Ethnologie sich komplementär ergänzen und daß durch ihre Kombination eine Synthese erreicht werden kann. Ist das wirklich so?

Zuerst muß eine Anzahl von Schlüsselbegriffen näher untersucht werden. Impliziert z. B. die bewußte oder unbewußte Überzeugung, durch Gedankenprozesse Macht oder Herrschaft über Dinge zu besitzen, notwendigerweise immer eine mangelhaft entwickelte Ich-Struktur? Ist das primärprozeßhafte Denken, das der Psychoanalytiker als Regression ansieht, unvermeidlich mit dem magischen Denken verknüpft?

Obwohl wir diese Fragen nicht beantworten können, befassen wir uns trotzdem kurz mit vier Konzepten, die zu diesem Diskussionspunkt vorliegen.

Der Psychoanalytiker hat die Bedeutung von Schwäche, Urmißtrauen und Ambivalenz in seiner Erklärung des Omnipotenzgefühls betont. Die Verneinung der Schwäche sieht er als dem magischen Denken inhärent an. Die Position des Ethnologen beinhaltet das Konzept der Machtlosigkeit, soweit der Gebrauch des magischen Denkens betroffen ist. Falls wir andere Aspekte der ethnologischen Theorien in die Diskussion einführen, müßte sich der Ethnologe genötigt sehen, ausgedehnte Strukturen von Mißtrauen und Ambivalenz, die er in einzelnen bäuerlichen Gesellschaften beobachtet hat, zu erklären (Forster, 1960, 1965, 1972). Der Ethnologe könnte z. B. behaupten, daß Gefühle der Machtlosigkeit sich durch die oft gemachte Annahme rechtfertigen, daß die Menschen von der Natur abhängig sind und sie kaum in einem nennenswerten Maße beherrschen. Er könnte damit argumentieren, daß das



Urmißtrauen mit der Behauptung zu tun hat, daß die menschliche Natur von Grund auf böse und unberechenbar sei, trotz kultureller Werte wie Freundlichkeit, Großzügigkeit, Kooperation und Geduld in interpersonellen Beziehungen. Der Gegensatz von Mißtrauen einerseits und Freundlichkeit und Kooperation andererseits zur selben Zeit führt zu einem hohen Maß an Ambiguität im sozialen Austausch, wobei das Individuum gleichzeitig entgegengesetzte Botschaften sendet oder empfängt. Wenn diese Art der Ambiguität in einer Gesellschaft vorherrschend ist, so ist Ambivalenz das ihr entsprechende Bild.

Der entscheidende Diskussionspunkt ist, daß sowohl der Psychoanalytiker als auch der Ethnologe ausreichende Gründe für die beobachteten Tatsachen wie Mißtrauen, Gefühle der Machtlosigkeit oder Schwäche und der Ambivalenz angeben können. Wir meinen, daß zwischen Psychoanalyse und Ethnologie mehr Berührungspunkte hinsichtlich der Magie existieren als wir vorher angenommen hatten.

Die Beziehung zwischen beiden scheint wie folgt zu sein: Soziale Ambiguität, welche äußere Ursache sie auch haben mag, ist systematisch verknüpft mit der psychologischen Ambivalenz im Individuum. Psychologische Ambivalenz verhindert Handlung und geht einher mit Gefühlen der Schwäche oder Machtlosigkeit; Gefühle der Schwäche sind verbunden mit den Abwehrmechanismen der Verneinung und Projektion. Verneinung und Projektion sind verknüpft mit magischem Denken in Form von Omnipotenzphantasien.

Die psychologische Reaktion auf Schwächegefühle ist eindrucksvoll. Denn Prozesse wie Verneinung und Projektion stehen in Beziehung zur Interaktion zwischen Mutter und Kind, zur unmittelbaren Umgebung des Kindes, zur sozialen Struktur und zu den Wertaspekten des Lebens, zur fehlenden Klarheit über den eigenen Glauben und das eigene Verhalten im kulturellen Austausch oder zu der starken Diffusion von Werten, die die Individuen in der nachindustriellen Gesellschaft erfahren. Implizit wird hier behauptet, daß magisches Denken Bedeutung für das Überleben des Menschen hat. Gewiß müssen wir die diesem Beziehungsgeflecht zwischen innerem und äußerem Bereich inhärenten systematischen Prozesse erkennen, obwohl sie auf der Ebene des Unbewußten erscheinen.

Interessanterweise führt uns die Anstrengung, unsere jeweiligen Disziplinen zu verbinden, sehr nahe an eine Sichtweise, die „ökologische Annäherung“ genannt wird. Diese Methode betrachtet den Menschen als einen biologischen Organismus, dessen soziale Züge zum menschlichen Überleben beitragen. Wenn diese Formen selbst anscheinend Ambiguität auf der Ebene von Mißbehagen und Angst einführen oder erlauben, dann werden neue soziale Verhaltensweisen im Interesse der Ich-Abwehr und des menschlichen Überlebens geschaffen. In diesem Zusammenhang

werden wir wieder an *Freuds* (1907) Schrift über „Zwangshandlungen und Religionsübungen“ erinnert und an *Spiros* (1965) „Religious Systems as Culturally Constituted Defense Mechanisms“. Beide betrachten religiöse Bräuche als Abwehrmechanismus; *Freud* interpretiert sie als pathologisches Symptom, während *Spiro* sie anpassungsfähig sieht. Möglicherweise haben beide recht, jeweils abhängig davon, welchen Aspekt des Gesamtprozesses sie betonen.

Wir glauben aufgrund der vorhergehenden Diskussion, daß „magisches Denken“ in der Ausdrucksweise des Psychoanalytikers und „kognitive Wesensmerkmale“ in der Ausdrucksweise des Ethnologen wichtige Schlüssel sind zum Verständnis der Gesetzmäßigkeiten — nicht nur der inneren und äußeren Welt, sondern noch wichtiger der Interaktion zwischen beiden. Beides spielt sich auf der Ebene des Unbewußten ab, aber die Psychoanalyse verwendet das Etikett „irrational“, während die Ethnologie die Bezeichnung „logisch“ verwendet.

Abschließend weisen wir darauf hin, daß Anstrengungen zur Synthese der Theorie des Unbewußten in der Psychoanalyse und der kognitiven Theorie in der Ethnologie sich als eines der fruchtbarsten Gebiete für die Forschung der nächsten Jahrzehnte erweisen werden.

### *Magical Thought and the Integration of Psychoanalytic and Anthropological Theory*

Erik D. Wittkower and Hazel H. Weidman

Psychoanalysis and cultural anthropology are both concerned with the problem of magic but from different viewpoints. The authors of this study present an attempt towards a synthesis of some results obtained by the two disciplines.

While psychoanalysts study magical thought in the psychopathology of individuals, the anthropologists emphasize the magical practices and beliefs in a given society. For psychoanalysis the magical thought is a stage in the development of the child and is the expression of the omnipotence fantasies by which the child, under the sway of the pleasure principle, deals with a frustrating reality. In situations of stress the individual regresses to these early stages, in which the ego and the id are only partially differentiated.

For the anthropologist the magical thought inherent in magical practices is derived from an already given cognitive structure which exists in the adult members of the society.

Within the individual context of psychoanalysis impotence, basic distrust and ambivalence give the explanation of the feelings of omnipotence which, through denial of impotence, are inherent to magical

thought. The anthropologist sees in the feeling of powerlessness in regard to natural powers the explanation of magical beliefs.

The authors try to establish similarities between both analytic and anthropologic views: ambiguity in social exchange is linked to psychological ambivalence in the individual; the feelings of powerlessness in regard to nature have as a counterpart the feelings of impotence. Magical thought in the form of omnipotence fantasies is associated with the mechanisms of denial and projection, which are the ego-defense against the feelings of impotence. The authors suggest in their conclusion that the ecological approach, in which man is seen as a biological organism whose social forms contribute to human survival, may bridge concepts of the two disciplines about magic, this being not only a pathological symptom but also an adaptative thought process.

#### Literatur bei den Autoren.

Adresse der Autoren:  
Prof. Dr. med. Erik D. Wittkower  
Mc Gill University  
Beatty Hall  
1266 Pine Ave. West  
Montreal, Quebec  
Canada

# Ein Beitrag zur Handhabung der Gegenübertragung

Karin Ammon\*

In der vorliegenden Arbeit werden zwei Vorstellungen hinsichtlich der Handhabung der Gegenübertragung diametral gegenübergestellt. Nach der einen Konzeption gilt die Gegenübertragung als Störfaktor, den der Analytiker weitgehend ausschalten soll. Die andere Auffassung fordert, die Gegenübertragung aktiv für den therapeutischen Prozeß zu verwenden. Anhand eines Fallbeispiels wird gezeigt, daß die Beobachtung der Gegenübertragungsmanifestation eine Schlüsselfunktion im analytischen Prozeß bekommen kann. Dies gilt besonders für Patienten mit archaischen Ich-Krankheiten, wobei die Übertragung nicht durch Assoziieren erfaßt werden kann. Das aktive Einsehen der Gegenübertragungsreaktion ermöglicht ein Verständnis der Übertragung und kann zum Wendepunkt in der psychoanalytischen Behandlung werden.

In präfreudianischen Zeiten stand der Therapeut seiner Persönlichkeit und seinem Wertsystem naiv gegenüber. Er versuchte, den Patienten zu ändern, indem er ihm seine eigene Weltanschauung überstülpte. Wir finden dies heute noch in psychiatrischen Anstalten, wo sich der Kranke der Klinikorganisation anpassen muß und umso gesünder und vernünftiger gilt, je besser ihm dieser Prozeß gelingt. Denken wir nur an die Aufnahmeprozedur in einer solchen Klinik und wir sehen, daß dieser Anpassungsprozeß in Wahrheit eine Unterwerfung bedeutet. Der Kranke muß als erstes seine persönlichen Wertgegenstände abgeben, er wird sogar entkleidet und bekommt dann die einheitliche Klinikkleidung. Dies steht symbolisch für die übrigen Behandlungsmethoden. Ungeachtet seiner persönlichen Eigenheiten wird dem Patienten die Identität der Klinikinstitution übergestülpt, ohne daß diese sich selbst als fraglich versteht.

Der fundamentale Fortschritt seit der Entdeckung der Psychoanalyse bestand darin, diese einseitige Beziehung grundsätzlich zu vermeiden. Der Konflikt des Patienten sollte soweit wie möglich unabhängig von Wertvorstellungen des Therapeuten gelöst werden. Dadurch war es aber auch notwendig geworden, die Reaktionen des Analytikers zu untersuchen und in Frage zu stellen.

Bereits 1910 führte *Freud* den Begriff der Gegenübertragung ein und meinte damit das emotionale Engagement des Arztes im Behandlungsverlauf. Jedoch dauerte es noch etwa 30 Jahre, bevor diese unbewußten, spontanen und kontrollierten Reaktionen des Analytikers gegenüber dem Patienten auf ihre Bedeutung für den Behandlungsverlauf überprüft wurden. Der Therapeut mochte unbewußt auf den Nimbus eines unfehlbaren Perfektionisten nicht verzichten. Ein Infragestellen seiner eigenen Reaktionen hätte seine Selbsteinschätzung als eines objektiven

\* Dr. med., wiss. Ass., Freie Universität Berlin



Intellektuellen, mit dem die Außenwelt den Beruf des Analytikers glorifiziert, erschüttert. Seit den Fünfziger Jahren jedoch erlangt die Erforschung der Gegenübertragung mehr und mehr Beachtung, denn allmählich begreift man die psychoanalytische Situation nicht mehr als einseitigen Prozeß, in dem nur vom Patienten eine Veränderung erwartet wird. Vielmehr wird von nun an die psychoanalytische Behandlung als interpersonale Beziehung aufgefaßt, wobei nur in der kontinuierlichen Interaktion zwischen Therapeut und Patient ein dynamisches Fortschreiten zur Heilung möglich ist.

Vor allem hat *Franz Alexander*, der Begründer der psychosomatischen Medizin, bereits 1954 darauf hingewiesen, daß die psychoanalytische Behandlung als ein dialektisches Wechselspiel emotionaler Kräfte zwischen Patient und Therapeut zu verstehen ist. Er löst sich damit weitgehend aus der völligen Passivität des Analytikers, indem er die Therapie durch eine „expressive“ Pflege des Kontaktes zwischen Arzt und Patient beschleunigen und fördern will. Ein intellektuelles Verständnis des Patienten ohne eine emotionale Erfahrung in der Übertragungssituation bleibt für ihn unwirksam. Der Therapeut muß also dem Patienten ermöglichen, sich möglichst intensiv emotional an dem Behandlungsprozeß zu beteiligen. Gleichzeitig soll der Therapeut in der analytischen Situation ein emotionales Klima schaffen, das es dem Patienten erlaubt, seine Reaktionsmuster gemäß der im Vergleich zu frühkindlichen Erfahrungen andersartigen interpersonalen Beziehung zwischen Arzt und Patient zu ändern. *Franz Alexander* spricht hier von korrektiver emotionaler Erfahrung. Er versteht darunter das Phänomen, daß der neurotische Patient in der relativ objektiven und nicht repressiven Atmosphäre der analytischen Situation, seine ursprünglichen Konflikte stärker erleben und freier äußern kann. Zugleich aber ist der Patient in der Lage, in der Übertragungssituation sein neurotisches emotionales Verhaltensmuster zu ändern, weil sich der Therapeut anders verhält als frühere Bezugspersonen. Hier erhält die emotionale Haltung des Therapeuten überragende Bedeutung.

*Freud* erwähnt die Gegenübertragung nur an wenigen Stellen. So sagt er in seiner Schrift „Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie“ (1910): „Wir sind auf die Gegenübertragung aufmerksam geworden, die sich beim Arzt durch den Einfluß des Patienten auf das unbewußte Fühlen des Arztes einstellt, und sind nicht weit davon, die Forderung zu erheben, daß der Arzt diese Gegenübertragung in sich erkennen und bewältigen müsse. Wir haben, seitdem eine größere Anzahl von Personen die Psychoanalyse üben und ihre Erfahrungen untereinander austauschen, bemerkt, daß jeder Psychoanalytiker nur soweit kommt, als seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände es gestatten, und verlangen daher, daß er seine Tätigkeit mit seiner Selbstanalyse

beginne und diese, während er seine Erfahrungen an Kranken macht, fortlaufend vertiefe. Wer in einer solchen Selbstanalyse nichts zustande bringt, mag sich die Fähigkeit, Kranke analytisch zu behandeln, ohne weiteres absprechen.“

Seither ist die Gegenübertragung Gegenstand wachsender Aufmerksamkeit geworden, wobei aber im Hinblick auf die Definition des Begriffes eine große Variationsbreite besteht. Manche Autoren verstehen unter Gegenübertragung alles, was von der Persönlichkeit des Analytikers in die Behandlung eingreifen kann.

*Franz Alexander* definiert die Gegenübertragung folgendermaßen: Er sagt, sie sei ein meist regressives fixiertes Verhalten, das durch vergangene Erfahrungen des Analytikers bestimmt ist. Der Patient wird hier nicht als Individuum erlebt, sondern als Repräsentant einer Person, die im früheren Leben des Therapeuten eine Rolle spielte. Diese mehr oder weniger flexiblen Verhaltensmuster sind aber in jedem gegenwärtig und charakterisieren ihn als Individuum. Auch *Laplanche* (1972) meint, daß die Gegenübertragung die Gesamtheit der unbewußten Reaktionen des Analytikers auf die Person des Analysanden und ganz besonders auf dessen Übertragung betrifft.

Nach *G. Ammon* (1973) und seiner Schule muß hier deutlicher differenziert werden: Wenn der Analytiker auf seinen Patienten nicht gemäß der therapeutischen Situation reagiert, sondern ihm gegenüber ein in der Kindheit erlerntes emotionales Verhalten wiederholt, dann handelt es sich um eine unverarbeitete Übertragung, und diese ist therapeutisch unwirksam. Die Gegenübertragung entspricht aber spezifisch der Reaktion auf die Übertragung des Patienten, wobei der Analytiker selbstverständlich je nach seinen frühkindlichen Erfahrungen verschiedenartig reagieren kann. Das Erfassen dieser Reaktionen ist therapeutisch von großer Wichtigkeit.

Allerdings bestehen auch heute noch in dieser Hinsicht diametral entgegengesetzte Ansichten, wobei diese beiden Tendenzen bis zu *Freud* zurückführen, und im Denken *Freuds* selbst finden wir den Gegensatz schon angedeutet.

In den „Ratschlägen für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung“ (1912) heißt es: „Ich kann den Kollegen nicht dringend genug empfehlen, sich während der psychoanalytischen Behandlung den Chirurgen zum Vorbild zu nehmen, der all seine Affekte und selbst sein menschliches Mitleid beiseitedrängt und seinen geistigen Kräften ein einziges Ziel setzt: Die Operation so kunstgerecht als möglich zu vollziehen. Die Rechtfertigung dieser vom Analytiker zu fordernden Gefühlskälte liegt darin, daß sie für den Arzt die wünschenswerte Schonung seines eigenen Affektlebens, für den Kranken das größte Ausmaß von Hilfeleistung ermöglicht, das uns heute möglich ist.“

Daraus entwickelte sich die lange vorherrschende Meinung in der Psychotherapie, die Gegenübertragungsreaktionen seien durch die persönliche Analyse soweit wie möglich zu reduzieren, so daß die psychoanalytische Situation schließlich wie eine projizierte Oberfläche nur durch die Übertragung des Patienten strukturiert ist; die eigenen emotionalen Reaktionen des Analytikers sind als Störfaktor zu bezeichnen, als eine Art unvermeidlicher Unsauberkeit, da, wie es z. B. *Glover* (1955) klar herausstellt, auch ein tiefanalysierter Therapeut ein Mensch im eigenen Recht bleibt mit eigenen charakteristischen Verhaltensmustern.

Auch *Balint* (1966) sagt über die Gegenübertragung: „Eine keimfreie analytische Methode gibt es nicht, da Gegenübertragungen des Analytikers nicht vollkommen ausgeschaltet werden können. Aber der Patient ist in der Lage, sich den verschiedenen individuellen Atmosphären weitgehend anzupassen und sich fast ungestört von der Gegenübertragung des Analytikers der Übertragung zu überlassen.“

An anderer Stelle heißt es bei *Balint*: „Der Analytiker muß wirklich so etwas wie ein blankgeputzter Spiegel werden, aber nicht, indem er sich passiv wie ein unbelebtes Objekt verhält, sondern in dem er unverzerrt seinen Patienten als ganzen widerspiegelt. Es kommt dann nicht darauf an, wie viel sich von der Persönlichkeit des Analytikers durch seine relative Aktivität oder Passivität, seine Strenge oder Langmut, seine Deutungsmethoden, verhüllt.“

Andere Autoren versuchten seit den Fünfziger Jahren, die Gegenübertragung für den therapeutischen Prozeß aktiv zu nutzen und stützten sich hier auf die Anweisung *Freuds*, wonach „hier der Mensch in seinem eigenen Unbewußten ein Instrument besitzt, mit dem er die Äußerungen des Unbewußten beim anderen zu deuten vermag.“ Dies hieße, die Gegenübertragungsmanifestationen in der analytischen Arbeit zu verwenden und sie zu kontrollieren. Ganz in Opposition zu *Balint*, der eine Abstinenz des Analytikers fordert, postuliert *Tower* (1956) sogar, daß sich bei jedem tiefen analytischen Prozeß eine Art Gegenübertragungsneurose entwickelt, die von zentraler Bedeutung für das Gelingen oder Mißlingen der Behandlung wird.

Wichtig sind in diesem Zusammenhang auch die Untersuchungen des *Melanie-Klein*-Schülers *Heinrich Racker* (1957) über Bedeutung und Gebrauch der Gegenübertragung. Er weist auf die Gegenübertragung als größte Gefahrenquelle hin und zugleich auf deren zentrale Schlüssel-funktion für das analytische Werk. Insbesondere versteht er die Übertragung des Patienten als Ausdruck verinnerlichter Objektbeziehungen. Er behandelt den Analytiker wie ein verinnerlichtes elterliches Objekt und dieser fühlt sich als solches behandelt. Das Verständnis des Therapeuten für die Übertragungsreaktionen wird davon abhängig sein, wie weit er imstande ist, sich selbst mit den verinnerlichten Objekten des

Patienten zu identifizieren und sich dieser Interaktion bewußt zu werden. Kann der Analytiker seine Phantasie gegenüber dem Patienten wahrnehmen und daraus Schlüsse für dessen Übertragung auf ihn ziehen, dann verhilft ihm dies Verständnis zu wissen, wann und wie interpretiert werden muß. Bleiben aber aus Angst und Schuldgefühlen Gegenübertragungsreaktionen unbewußt und werden folglich unterdrückt, so kommt es zum Versagen der Analyse der Übertragungsreaktion.

Aus der Fülle dieser Gefahrenmomente von Gegenübertragungsreaktionen möchte ich einige typische Beispiele aufzeigen.

Eine unverarbeitete Gegenübertragung kann sich etwa in ständiger Gereiztheit des Analytikers äußern. So bemerkte eine Therapeutin, deren Patientin an einem ausgeprägten Kastrationskomplex litt, daß sie auf deren Unfähigkeit, sich über die Empfindungen gegenüber der Analytikerin zu äußern, mit Strenge und Vorwurf reagierte. Permanent klagte die Patientin über ihr Versagen, die Analyse schreite nicht fort, sie könne nichts mit sich anfangen, nichts mache ihr Spaß. Dies Verhalten wurde als neurotische Depression, die den Kastrationskomplex verhüllte, verstanden und interpretiert. Jedoch wurde dadurch eine Veränderung des Verhaltens in der analytischen Situation nicht erzielt. Eines Tages äußerte die Patientin, daß sie sich bei einem männlichen Therapeuten mehr anstrengen würde. Der Analytikerin wurde es jetzt klar, daß der Vorwurf ihr galt. Im Grunde wollte sie ihr mitteilen, daß sie die Therapeutin für unterlegen, kastriert hielt und deswegen keine Hilfe erwarten könnte. Die Analytikerin entdeckte jetzt, daß die Patientin damit an ihren eigenen unbewältigten Kastrationskomplex permanent rührte, während sie selbst ihr eigenes Gefühl von Versagen und Kastration unterdrückte. Nur in Form einer unkontrollierten affektiven Tönung gab die Therapeutin diesem Gefühl Ausdruck, was sich auf den Verlauf der Analyse hemmend auswirkte.

Ein anderes Beispiel für Gefahren in der Gegenübertragung wäre das häufige Phänomen der Faszination, was einem „Zuviel“ an Identifizierung entspricht. Dies mag auftreten, wenn der Analytiker im Patienten gleiche strukturelle, ihm unbewußte Eigenschaften entdeckt. Ein Wissenschaftler schilderte z. B. einem Ausbildungskandidaten beim Erstinterview, wie unfähig er sei, eine Arbeit fertigzustellen, da er bei der Materialsammlung ständig neue interessante Literatur entdecke, über deren Lektüre das Arbeitsziel verschwimmt. Der Kandidat führte ein äußerst angeregtes Gespräch über Literatur, fühlte sich fasziniert von den Kenntnissen des Patienten, war aber aufgrund seiner eigenen kongruenten Schwierigkeit nicht in der Lage, das zugrundeliegende Problem des Patienten zu verstehen. Er mußte die Behandlung ablehnen.

Im Gegensatz dazu kann der analytische Prozeß durch Gegenübertragungsreaktionen blockiert werden, wenn sich bestimmte Strukturen



des Patienten mit den entsprechend entgegengesetzten des Analytikers verzahnen. Stößt z. B. ein Patient mit starken sadistischen Tendenzen auf einen Analytiker mit latenten masochistischen Tendenzen, so läuft der Analytiker Gefahr, aus der Begegnung mit dem Komplimentärtyp unbewußt soviel Befriedigung zu ziehen, daß im Sinne eines Widerstandes ein sadomasochistisches Bündnis entsteht, dessen analytischer Abbau nicht gelingt. Es ist das, was Kritiker der Psychoanalyse sarkastisch als „Neurose zu zweit“ bezeichnen.

Ein weiteres Moment ist das häufige Phänomen der Müdigkeit des Analytikers, die sich bis zu einer mühsam unterdrückten Schläfrigkeit steigern kann. Ich denke hier an ein Beispiel von *Günter Ammon* (1969). Er beschreibt, daß er sich während der Sitzungen von einer Patientin wie aufgesaugt und ermüdet fühlte, sogar kurz einschlief, sich ärgerte und schon glaubte, daß diese Analyse keinen Erfolg haben würde. Durch Beobachtung des monotonen Verhaltens der Patientin und durch das Erkennen der Gegenübertragungsreaktion vermutete er, daß er offensichtlich auf das Verhalten der Patientin so reagierte, wie sich in frühester Kindheit die Mutter gegenüber der Patientin verhalten haben mußte. Das Schweigen der Patientin war ein Versuch, den Analytiker unter Kontrolle zu halten und mit ihm so zu verharren, wie einst mit der Mutter. Dadurch, daß sich der Analytiker intensiv mit dem internalisierten Liebesobjekt der Patientin identifizierte und diese Gegenübertragungsreaktion erfaßte, konnte er den arretierten therapeutischen Prozeß wieder in Gang bringen. Dieses Beispiel zeigt deutlich, wie die Gegenübertragungsmanifestationen als Wendepunkt für die therapeutische Situation fruchtbar gemacht werden können.

Etwas ausführlicher soll im folgenden Beispiel deutlich werden, wie rechtzeitig erkannte Gegenübertragungsreaktionen zur Erhellung der Übertragungsreaktionen beitragen können. Dies dient dann als Wendepunkt innerhalb des analytischen Prozesses.

Es handelt sich um eine 29jährige Musikerin. Der Vater der Patientin war Beamter und starb drei Monate bevor sie zur Welt kam. Die mangelnde Kommunikation der Mutter mit der Patientin wurde kompensiert durch eine überfürsorgliche Haltung gegenüber dem Körper der Patientin. Im übrigen erschien das Bild der Mutter in der Analyse anfangs verschwommen, da die Patientin aufgrund ihrer Abgrenzungsschwierigkeiten nur mit großer Angst über sie sprechen konnte. An die frühe Kindheit bis zur Einschulung konnte sich die Patientin anfangs nicht erinnern.

Sie konnte sich bis zum 4. Lebensjahr weder von der Mutter ohne starke Heimwehgefühle entfernen, noch in ihrer Nähe sein, wo sie sich durch Abhängigkeitsängste gehemmt fühlte. Mit dem 12. Lebensjahr reagierte sie auf diesen Konflikt mit einem Zustand von Gelähmtheit,

als sie die Mutter am Bahnhof abholte und es ihr unmöglich war, ihr entgegenzugehen. In einer politischen Betätigung ab dem 15. Lebensjahr und dem Besuch der Musikhochschule sah die Patientin die einzige Möglichkeit, sich von der Mutter abzugrenzen und auch Erfolg zu erzielen. Nach ihrer Übersiedlung nach Berlin, wo sie die Aufnahmeprüfung an der Musikhochschule bestand, heiratete sie einen an einer schweren psychotischen Depression erkrankten Jurastudenten, wobei sie in der Partnerbeziehung wiederum stark unter ihren symbiotischen Abhängigkeitsängsten litt. Ein Sohn wurde 1968 nach erheblichen Zweifeln und Ängsten geboren. Seitdem fühlte sich die Patientin erst richtig krank. Sie befand sich nach der Heirat in Gruppentherapie. Drei Jahre nach der Heirat beging ihr Mann, der sie durch seine ständig wechselnden Forderungen aufs äußerste bedroht hatte, Selbstmord. Die Patientin fühlte sich zunächst befreit und gesund.

Sie brach ihre Therapie ab und war jetzt in der Lage, eine Stelle als Orchestermusikerin anzunehmen. Der Tod des Partners bedeutete für sie die Befreiung von der kontrollsüchtigen, übermächtigen Mutter. Im Anschluß an eine Abtreibung erfuhr sie jedoch erneut die unerträgliche Abhängigkeit von der Mutter. Sie erlebte unter starker Identifikation mit dem Gestorbenen und starken Schuldgefühlen den Tod ihres Mannes wieder und trug sich mit Selbstmordgedanken.

Zu Beginn der Einzelpsychotherapie war bei der Patientin das Abgleiten in eine Psychose, Selbstmord oder Tötung des Kindes zu befürchten. In dieser Phase war es in der therapeutischen Situation wichtig, neben ihr zu stehen und die Identifikation der Patientin mit ihrer Mutter zu verhindern. Nach einigen Monaten fühlte sie sich wesentlich besser, „wie gesund“, während ihre Angst vor der Zweierbeziehung in der analytischen Situation zunahm. Sie fühlte hier ihr hilfloses Ausgeliefertsein wie bei der Mutter und fürchtete, die Gefühle gegen ihre Mutter in der Analyse wiederzuerleben. Deutlich wurde die Mutterübertragung auf ihren gestorbenen Mann, wenn sie betonte, daß sein Tod eine Befreiung für sie war. Ebenso übertrug sie die Mutter in der analytischen Situation, indem sie sich fragte, was aus ihr wird, wenn die Analytikerin tot sei. Eine Phase, die von freundlichen homosexuellen Wünschen an die Therapeutin bestimmt war, wurde abgelöst von einer Phase, in der sie die verfolgende Mutter erlebte: Die Mutter, die überall gegenwärtig ist, die sie kontrolliert und von der sie auch nach deren Tod nicht frei ist.

Ein flüchtiges allergisches Exanthem, das zu dieser Zeit auftrat, war als Alarmzeichen einer Psychosenähe zu verstehen. Die Patientin konnte sich in der Übertragungssituation von der Therapeutin-Mutter nicht mehr abgrenzen. Die Versuche, die allzu heftigen Übertragungsprozesse einzudämmen, scheiterten. Sie erlebte die quälende Abhängigkeit von der Mutter, in deren Nähe sie sich nicht aufhalten und von der sie sich aber

auch nicht entfernen konnte. Die Mutter wuchs in ihrer Phantasie zu einer übermächtigen, nicht zu bewältigenden Figur heran, von der sie sich jetzt telefonisch kontrolliert und beobachtet fühlte. In dieser Situation ängstigte sie sich vor dem Tod, fühlte sich unfähig, allein zu sein, und begann auch wieder, sich mit ihrem gestorbenen Mann zu identifizieren. Es folgten kurze psychotische Episoden mit Halluzinationen: Sie glaubte, in der Zeitung die Nachricht vom Tod ihres Mannes zu lesen, oder sah die Mutter in ihrem Zimmer stehen. In dieser Zeit gestattete ich es der Patientin, mich täglich zu sehen. Die Patientin, die nicht mehr schlafen konnte, durfte sich im Nebenzimmer hinlegen oder sie brachte etwas zu essen mit, da sie sich allein nicht mehr in der Lage fühlte, etwas zu sich zu nehmen. Sie fühlte sich auf diese Weise geschützt und brachte in Phasen der Besserung selbstgemalte Bilder mit, die ihren chaotischen Zustand symbolisierten. Diese Bilder wurden nicht interpretiert, sondern es wurde auf ganz realer Basis über technische Probleme und den politischen Inhalt der Bilder gesprochen. Trotzdem verschlechterte sich kurz darauf wieder das Zustandsbild. Sie erlebte nun in der therapeutischen Situation die gewünschte frühkindliche zärtliche Mutter-Beziehung, die aber mit einer furchtbaren Angst vor Abhängigkeit verbunden war. In dieser Phase wurde ein Klinikaufenthalt erforderlich, der es ihr ermöglichte, sich von der allzu heftigen Übertragungssituation mir gegenüber zu distanzieren. Während des Klinikaufenthaltes nahmen ihre Ängste ab, dagegen traten mehr und mehr provozierend aggressive Züge auf. Sie versuchte, der Stationsärztin ihre eigenen Vorstellungen von Therapie aufzuzwingen, und tyrannisierte die Mitpatienten. Sie versuchte, auch mich zu terrorisieren, indem sie mich vor unlösbare Situationen stellte: Sie wolle medikamentös behandelt werden, habe aber gleichzeitig große Angst davor. Sie fühle sich unzufrieden in der Klinik, möchte aber nicht entlassen werden. Es wurde mir jetzt deutlich, daß diese ständigen Provokationen in der Übertragung den Wunsch beinhalteten, von der Mutter doch endlich einmal ihre wirklichen Gefühle ihr gegenüber zu erfahren. Nach der Entlassung aus der Klinik reagierte sie in der folgenden Sitzung mit der heftigsten Wut: Sie wollte nicht aus der Klinik entlassen werden. Ich gab ihr jetzt energisch zu erkennen, daß ich mich nicht von ihr terrorisieren ließe und nicht bereit wäre, all ihren Einfällen zu folgen. Die Patientin weinte darauf und schrie, ich sei wie ihre Mutter, jetzt wisse sie es genau. Es war jetzt möglich zu verdeutlichen, daß ihr Verhalten darauf abzielte, von mir Aggressionen zu erfahren, um zurückgewiesen zu werden. Sie konnte jetzt berichten, wie ihre Mutter bei einer Erkrankung des Kindes ihr alle Wünsche von den Augen abgelesen habe. Diese Situation hatte sie ausgenutzt, um die Mutter zu zwingen, sich Tag und Nacht um sie zu sorgen. Andererseits wurde deutlich, wie wenig die schuldbeladene Mutter in der Lage war, sich gegen terroristische Tendenzen des Kin-

des durchzusetzen, und daß sich das Kind zunehmend in diese Verhaltensweise hineingesteigert hatte, um doch endlich seine Begrenzung und die wirklichen Gefühle der Mutter ihr gegenüber zu erfahren. Diese Sitzung bedeutete einen Wendepunkt in der Analyse der Patientin.

Sie erzählte in der nächsten Sitzung einen Traum: „Ich ging hinter Christine (ihre Schwägerin) und Martin (ihr Freund) über eine Brücke und hatte starke Haßgefühle gegen sie. Wir gingen zum Essen und ich war voll Haß und warf Martin das Essen ins Gesicht, eine Schüssel nach der anderen. Er lachte nur, als ob es ihm nichts ausmache, und meine Wut stieg ins Ungemessene.“ Sie erinnerte hier mit großer Erregung ihre Haßgefühle, die sie hatte, wenn sie hinter der Mutter und deren alkoholischem Freund spazieren ging. Sie fühlte sich ausgeschlossen von beiden, die ihr alles verheimlichten. Sie war aber nicht in der Lage, diese Gefühle gegenüber der Mutter zu äußern, denn diese beschwichtigte sie ständig und sagte ihr, sie werde sich schon daran gewöhnen. Sie konnte jetzt selbst erkennen, daß sie ihr terroristisches Verhalten wiederholen mußte, um dieselbe Situation zu provozieren, nämlich den Haß gegen ihre Mutter und deren Haßgefühle gegen sie. Gleichzeitig war sie jetzt in der Lage zu erleben, daß die Beziehung zu ihrer Mutter einzigartig war und nicht wiederholt werden konnte. Sie konnte jetzt sich selbst, ihre Mutter, ihren verstorbenen Mann, ihren Freund, ihren Sohn und ihre Therapeutin als getrennte Personen erleben. Diese Erkenntnis bedeutete für sie eine große Erleichterung, die sie mit freudigem Stolz erfuhr.

Anhand dieses Fallbeispiels sollte gezeigt werden, daß die Beobachtung der Gegenübertragungsmanifestation für den analytischen Prozeß geradezu unerläßlich war. Infolge ihrer Identitätsdiffusion konnte die Borderline-Patientin anfangs nicht über die Mutter sprechen. Phantasie und Realität waren verschmolzen, was sich darin äußerte, daß die Patientin zunächst an ihre Kindheit nur diffuse Erinnerungen hatte. Kennzeichnend für die Unfähigkeit, sich von der Mutter abzugrenzen, war die intensive Ambivalenz, die in der analytischen Situation zum Ausdruck kam. Sie erlebte zunächst die frühe zärtliche Symbiose, in der sie die Nähe der schützenden Mutter suchte. Zugleich aber war dieser Wunsch von heftigster Angst vor Abhängigkeit bedroht und deswegen mit intensiven feindlichen Gefühlen gemischt. Diesem Konflikt zwischen freundlichen und aggressiven Bedürfnissen versuchte die Patientin zu entgehen, indem sie mich zu ablehnendem Verhalten provozierte. In der Gegenübertragung reagierte ich entsprechend dem schnellen Verhaltenswechsel der Patientin. Mit Überfürsorglichkeit und Weichheit versuchte ich zunächst auf alle Wünsche der Patientin einzugehen und empfand plötzlich starke Aggressionen, die vorher nicht vorhanden waren, da ich mich von der Patientin terrorisiert fühlte. Es wurde mir jetzt deutlich, daß sich im therapeutischen Prozeß der spezifische Konflikt der ursprünglichen Mutter-Kind-Beziehung her-

gestellt hatte. Ich hatte mich jetzt, wie es *Racker* ausdrückte, mit dem primären Liebesobjekt, nämlich ihrer Mutter identifiziert, wobei die Patientin mich wie ein verinnerlichtes projiziertes Objekt behandelte. Die Beobachtung meiner eigenen Gegenübertragungsreaktion machte mir deswegen das Verhalten der Mutter einsichtig: Diese hatte ebenfalls bei Erkrankungen des Kindes versucht, alle erdenklichen Bedürfnisse der Tochter zu erfüllen. Ich erkannte, daß die Patientin als Kind auf eine ähnliche Art die Mutter provoziert haben mußte in dem verzweiferten Versuch, sich von ihr abzugrenzen. Aufgrund ihrer eigenen Trennungsängste hatte jene ihre Feindseligkeit gegenüber dem Kind abgewehrt. Hätte ich mich weiter rücksichtsvoll wie die Mutter verhalten, d. h. meine Aggressionen gegenüber den provokativen Äußerungen nicht ausgedrückt, so hätte auch sie ihre aggressiven Impulse mir gegenüber nicht äußern können. Möglicherweise wäre dieser psychosenahen Patientin nur noch der Ausweg in die Psychose verblieben, um sich der Übertragungssituation zu entziehen. Das Erfassen der Gegenübertragung erlaubte es so, mir ein Bild von der ursprünglichen krankmachenden Mutter-Kind-Beziehung zu verschaffen und mich anders zu verhalten, als es die Mutter getan hatte. Damit war der Patientin eine nachholende Ich-Entwicklung möglich. Es war ihr in der Übertragung auf mich gestattet, sich aggressiv aus der Mutter-Kind-Symbiose abzugrenzen, und sie erlebte es, daß die Beziehung dadurch nicht zerstört wurde.

Dies Beispiel aus einem Abschnitt eines therapeutischen Prozesses wurde deswegen ausgewählt, um zu zeigen, daß sich bei der Behandlung von Borderline-Patienten bzw. Psychotikern das Problem der Gegenübertragung noch viel brisanter stellt, als bei Neurotikern. Beim neurotischen Patienten kann in viel weiterem Maße als beim Borderline-Kranken die Übertragung durch Verbalisieren und Assoziieren erfaßt werden. Deshalb ist dort die Beobachtung der Gegenübertragung nur ein, wenn auch wichtiges, Instrument der psychoanalytischen Technik und dient vorwiegend dazu, die Übertragung zu interpretieren. Dagegen kann beim Borderline-Patienten oft nur durch die Handhabung der Gegenübertragung die Übertragung erfaßt und ihm geholfen werden, die damit verbundenen Gefühle zu äußern. Gerade weil diese Therapieformen andere Techniken als Verbalisieren und Interpretation erfordern, wurde dem Problem der Gegenübertragung auch deshalb erst seit Entwicklung der Psychosentherapie und der Kindertherapie mehr Bedeutung zugestanden.

In diesem Zusammenhang soll kurz auf einen Abschnitt des therapeutischen Verlaufs des kleinen Sohnes der oben beschriebenen Patientin eingegangen werden. Hierbei soll sich zeigen, daß die Gegenübertragung eine Technik bereitstellt, die jenseits des Verbalisierens die Übertragung dieser Patienten einsichtig macht. Außerdem möchte ich deutlich machen, daß die Gegenübertragungsmanifestationen einen Einblick in die Ketten-



reaktion der Dynamik zwischen Großmutter, Mutter und Kind erlauben, wobei das spezifische strukturelle Defizit in der jeweiligen Mutter-Kind-Beziehung sichtbar wird. Der sechsjährige Sohn kam oberflächlich gesehen wegen Konzentrationsschwierigkeiten und Lernstörungen in die Therapie. In der analytischen Situation war anfangs eine verbale Kommunikation nicht möglich. Versuchte ich, den kleinen Jungen auf die Szenen, die er beim Spielen mit dem Kasperltheater oder dem Szeno-Kasten aufbaute, anzusprechen, so entzog er sich und lenkte ab. Allmählich wurde eine andere Ebene deutlich. Das Kind suchte den körperlichen Kontakt zu mir, wenn es sich beim Vorlesen kurz auf meinen Schoß fallen ließ oder meine Schultern berührte. Auffällig war, daß er während dieser Zeit häufiger zu hampeln und zu strampeln begann. In der Gegenübertragung spürte ich einen Wechsel zwischen der Hemmung, mich dem Kind zu nähern, und dem Bedürfnis, es an mich zu ziehen. Dies Gefühl entsprach dem Wunsch nach Annäherung und zugleich der starken Angst des Kindes vor meiner körperlichen Nähe. Der kleine Junge brachte eines Tages einen gleichaltrigen Schulkameraden mit, der hier als Vehikel der Kommunikation diente. Er begann, sich zutraulich an mich zu lehnen, und über diesen Kontakt faßte auch mein kindlicher Patient Mut, sich mir zu nähern. Beim Vorlesen kletterte er auf meinen Schoß, sah mich dabei groß an, schien zu versinken und den Inhalt des Gesprochenen nicht mehr wahrzunehmen. Es war mir deutlich, daß das Kind dabei war, eine ganz frühe Entwicklungsstufe, nämlich eine positive symbiotische Erfahrung auf körperlicher Ebene nachzuholen; ein Bedürfnis, daß die eigene Mutter aufgrund ihrer Identitätsangst nicht erfüllen konnte.

Die Beobachtung meiner ambivalenten Gegenübertragungsreaktion bei den körperlichen Annäherungsversuchen des Kindes dienten mir als Spiegelbild des mütterlichen Verhaltens. In den Sitzungen mit der Mutter konnte diese erstmalig darüber sprechen, daß sie das Kind nicht stillen konnte, da sie die körperliche Berührung und Nähe des Kindes als unerträglich empfand. Sie war so nicht in der Lage, die symbiotischen Bedürfnisse des Kindes zu erfüllen, denn sie erlebte mit großer Angst die eigene Mutter-Kind-Beziehung. Bei Mutter und Kind war hier eine ähnliche Pathologie hervorgetreten: Nämlich eine sehr frühe Entwicklungsstörung in der Mutter-Kind-Symbiose. Beide Patienten zeigten eine intensive Ambivalenz, die sich bei Borderline-Patienten in typischer Weise durch ständige Flucht vor Bindungen bzw. Suche nach Beziehung äußert. Entsprechend der frühen Ich-Schädigung kann dieser Konflikt nicht verbalisiert, sondern nur agiert werden. Wie es oben gezeigt wurde, bietet die Gegenübertragung ein technisches Instrument, um jenseits der sprachlichen Ebene ein Verständnis des Krankheitsgeschehens im therapeutischen Prozeß zu erreichen. Bei den Patienten war

dadurch eine nachholende Ich-Entwicklung möglich. Das Kind konnte erstmalig eine frühe symbiotische Phase auf der Körperebene, nämlich die Stillzeit, durchleben. Die Mutter dagegen lernte es, sich aggressiv aus einer destruktiven Symbiose abzugrenzen, wobei ja gerade dieser Konflikt daran Schuld war, daß sie auf die Bedürfnisse ihres Kindes nicht eingehen konnte.

### *A Contribution to the Use of Countertransference in Psychoanalytic Treatment*

Karin Ammon

In pre-freudian psychotherapy the therapist used to impel his own system of ideas and values upon his patient. With the discovery of psychoanalysis it was seen that the conflict of the patient should be treated and resolved without reference to the personal way of thinking of the therapist. Moreover, the possible reactions of the analyst should be investigated and analyzed. *Freud* introduced already in 1910 the concept of countertransference meaning by it the emotional engagement of the physician in the treatment process. But the problem of countertransference took much more place in psychoanalytic research since 1950. Psychoanalytic therapy was to be considered as an interpersonal relationship in which the cure will be rendered possible only by the dynamic and continued interaction between therapist and patient.

The author subsumes the theories of countertransference under two principal conceptions: the one maintaining that countertransference is a disturbing factor in the analytic process that the analyst should try to eliminate in order to let the situation be organized only by the patient's transference. The other conception claims that the analyst should make use of countertransference in structuring the analytic situation. In this context reference is made to *F. Alexander's* concept of emotional correction as well as to *Racker's* definition of countertransference as corresponding to the internalized object-relationship.

The author gives an example of the treatment of a borderline-patient showing the importance of the countertransference-observation in coping with pre-oedipal conflicts. The identity-diffusion of such patients hinders them to give expression to their transference in verbalizations or associations. The observation of countertransference as the principal type of mother-child-relationship permits in this case the understanding of the transferential behaviour of the patient. A controlled use of countertransference-relationship can create a new emotional atmosphere, dif-

ferent from the family-situation in which the illness originated, leading thus to a turning point in the analytic situation.

It seems to the author that active application of countertransference has a central function in the treatment of patients with archaic ego-illnesses.

## Literatur

- Alexander, F.* (1954): Psychoanalysis and Psychotherapy (London: Allen & Unwin)
- Ammon, G.* (1969): Oralität, Identitätsdiffusion und weibliche Homosexualität. In: *Dyn. Psychiat.* (2) 63
- (1973): *Dynamische Psychiatrie* (Darmstadt: Luchterhand)
- Balint, M.* (1966): *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse* (Bern/Stuttgart: Hubert/Klett)
- Benedek, Th.* (1953): Dynamics on Countertransference. In: *Bull. Menn. Clinic* (17) 6
- Berman, I.* (1949): Countertransferences and Attitudes of the Analyst in the therapeutic Process. In: *Psychiat.* (12)
- Freud, S.* (1910): Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. *Ges. W.*, Bd. VIII (London: Imago)
- (1912): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. *Ges. W.*, Bd. VIII, aaO.
- (1913): Die Disposition zur Zwangsneurose. *Ges. W.*, Bd. VIII, aaO.
- Glover, E.* (1955): *The Technique of Psychoanalysis* (New York: Int. Univ. Press)
- Kemper, W.* (1953): Die Gegenübertragung. In: *Psyche* (10) 593
- Laplanche, J.; Pontalis, J.-B.* (1972): *Das Vokabular der Psychoanalyse* (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
- Menninger, K.* (1958): *Theory of Psychoanalytic Technique* (New York: Basic Books)
- Racker, H.* (1957): The Meanings and Uses of Countertransference. In: *Psychoanal. Quart.* (26) 303
- Tower, L.* (1956): Countertransference. In: *J. Am. Psychoanal. Ass.* (4) 224—255
- Weigert, E.* (1954): The Importance of Flexibility in Psychoanalytic Technique. In: *J. Am. Psychoanal. Ass.* (2) 4

Adresse der Autorin:  
Dr. med. Karin Ammon  
1 Berlin 31  
Wilhelmsaue 13

# Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Psychodramas im „tetradischen System“\*\*

Hilarion Petzold\*

Das Psychodrama, so wie es vor mehr als 50 Jahren von Moreno konzipiert und von seinen Schülern weiterentwickelt wurde, stellt einen multidimensionalen therapeutischen Ansatz dar. Es geht aus von einer Verbindung von kindlichem Spiel mit dem aristotelischen Konzept der Katharsis und spontan improvisiertem Theaterspiel. Mit der vorliegenden Studie unternimmt der Autor den Versuch, die aus der Erfahrung gewonnenen therapeutischen und diagnostischen Komponenten des psychodramatischen Prozesses zu analysieren und zu strukturieren mit dem Ziel, relevante Variablen zu beschreiben und auf ihren therapeutischen Wert hin zu überprüfen. Er erweitert das „triadische Konzept“ Morenos und der Französischen Schule zu einem „tetradischen System“. Mit dem Entwurf einer vierten, verhaltensmodifizierten Phase, versucht der Autor die psychoanalytisch orientierten therapeutischen Theorien, die dem Psychodrama zugrunde liegen, mit lerntheoretischen Variablen zu vereinen.

Das Psychodrama, wie es in den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts von *J. L. Moreno* aus dem kindlichen Spiel (*Leutz*, 1967), dem aristotelischen Konzept der Katharsis (*Moreno*, 1970; *Greenberg*, 1968; *Moreno*, 1971) und spontan improvisiertem Theaterspiel (*Petzold* und *Schmidt*, 1971) in Wien entwickelt wurde, vermag auf ein halbes Jahrhundert praktischer Anwendung im therapeutischen und pädagogisch-didaktischen Bereich zurückzublicken; denn am 21. April 1971 jährte sich der Gründungstag des Stegreiftheaters in der Maysedergasse in Wien zum fünfzigsten Mal. Kaum einer der Teilnehmer an diesen umstrittenen und belächelten Theaterexperimenten des jungen Wiener Psychiaters hat wohl geahnt, daß hier nicht nur Versuche von außerordentlicher theatergeschichtlicher Bedeutung gemacht wurden — erst in den vergangenen Jahren hat man sie in ihrer ganzen Tragweite erkannt (*Brock*, 1971; *Pörtner*, 1971) —, sondern daß hier die Grundlagen für eine neue Form der Psychotherapie und für neue Möglichkeiten der Pädagogik gelegt wurden. Psychodrama, Gruppenpsychotherapie und Handlungslernen (action learning) haben im Wiener Stegreiftheater *Morenos* ihren Ursprung. Wenn der Wiener Psychiater *Freud* sich im wesentlichen der individuellen Dimension des Menschen zugewandt hat, so war das Augenmerk des Wiener Psychiaters *J. L. Moreno* auf die soziale Dimension gerichtet. Legt man die Annahme zugrunde, daß die Therapie pathologischer Zustände auch immer die Therapie des pathogenen Umfeldes erfordert, so kann man die gruppentherapeutischen und soziometrischen Forschungen *Morenos* nicht als Antithese zur Psychoanalyse, sondern als

\* Prof. Dr. phil., 78 Rambouillet/Paris, Bonn

\*\* Vortrag gehalten am 20. 10. 1971 in Wien vor der Österreichischen Gesellschaft für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik

eine wesentliche Komplettierung jeder Form individueller Psychotherapie ansehen.

Das Psychodrama ist in seinem therapeutischen und pädagogischen Bemühen auf die Wirklichkeit gerichtet, die individuelle Wirklichkeit der Einzelperson mit ihrer spezifischen Dynamik und die soziale Wirklichkeit der dem Individuum zugehörigen Gruppe mit den in ihr wirksamen gruppendynamischen Prozessen.

Der Umgang mit der Realität ist komplex, vielschichtig wie die Wirklichkeit selbst, in der die Dimensionen der Gegenwart, der Vergangenheit und der Zukunft (time factor) genauso zum Tragen kommen, wie die des Raumes der Umgebung (environment factor) und in der kulturelle, soziale und religiöse Faktoren wirksam werden.

Psychodramatisches Geschehen als Reflektierung und Vollzug der Wirklichkeit in ihren polymorphen Dimensionen wird damit selbst zum komplexen Geschehen (Sarro, 1971).

Für den therapeutischen Bereich bedeutet das, daß wir mit dem Psychodrama ein Instrument besitzen, das für den Umgang mit der individuellen und kollektiven Wirklichkeit des Patienten in seiner pathogenen Vergangenheit, seiner gestörten und durch Krankheitssymptome belasteten Gegenwart und seiner sich in positiven oder negativen Prognosen abzeichnenden Zukunft in besonderer Weise geeignet ist.

Das Psychodrama ist in seiner von *Moreno* konzipierten Form eine psychotherapeutische Methode, die ausgesprochen vielseitig ist, was sich allein an dem reichen Arsenal von Techniken zeigt, die für die unterschiedlichsten diagnostischen und therapeutischen Erfordernisse spezifisch einsetzbar sind; um diesen spezifischen, auf die Realität des Patienten bezogenen Einsatz therapeutischer Mittel geht es dem Psychodrama in erster Linie. Die psychodramatische Methode muß deshalb selbst ausgesprochen wandelbar sein.

Die klassischen psychotherapeutischen Schulen und Methoden fußen auf einer festgefügtten, differenzierten anthropologischen Konzeption. Auch das Psychodrama besitzt eine weitgesteckte therapeutische Theorie und Anthropologie, nur daß *Moreno* seiner Methode kein starres „once and forever“-Konzept mitgegeben hat, sondern die permanente schöpferische Veränderung selbst zum zentralen Funktionsprinzip des Psychodramas gemacht hat. Das Psychodrama, dessen therapeutischer Ort par excellence sich in situ in der konkreten Wirklichkeit des Lebens befindet (*Moreno*, 1959), versucht diese Wirklichkeit in ihrer Vielfalt zu explorieren und ihre Verzerrungen und Verformungen zu behandeln, indem es sich der verschiedensten diagnostischen und therapeutischen Ansätze bedient und auf unterschiedliche therapeutische Modelle, z. B. das der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie oder auf Konzepte der Sozialpsychologie zurückgreift. Dies geschieht aber nicht aus einem Mangel an eigener



theoretischer Grundlage noch aus einem methodischen Synkretismus heraus, sondern das variable technische Instrumentarium des Psychodramas (Petzold, 1971a) und die vielfältigen Möglichkeiten der Verfahrensweisen implizieren einen multilateralen theoretischen Ansatz. Die psychologische und sozialpsychologische Forschung haben zahlreiche unterschiedliche Modelle entwickelt, die individuelle und soziale Wirklichkeit des Menschen zu beschreiben und zu erfassen. Es steht außer Zweifel, daß keines dieser Modelle ausschließliche Geltung und Richtigkeit besitzt, genauso wie es unbestreitbar ist, daß die meisten dieser Modelle bestimmte wesentliche Aspekte der komplexen Wirklichkeit Mensch, wenn auch aus unterschiedlicher Sicht und Fragestellung, so doch zutreffend beschreiben. Wenn wir daher die diagnostischen und therapeutischen Elemente des Psychodramas als einem Instrument für den Umgang mit der individuellen und kollektiven Wirklichkeit des Menschen aufzeigen wollen, so kann das an dieser Stelle nur durch eine Benennung von Faktoren geschehen, die im psychodramatischen Prozeß auftauchen und als mehr oder weniger therapeutisch wirksam angesehen werden müssen. Dabei geht es uns nicht darum, dem Psychodrama gleichsam nachträglich therapeutische Theorien unterschieben zu wollen, sondern um eine aus der Erfahrung gewonnene und aus verschiedenen Perspektiven vorgenommene Analyse aktueller psychodramatischer Prozesse auf ihre therapeutischen und diagnostischen Komponenten, ein Vorhaben, das eigentlich mit exakter wissenschaftlicher Methodik, Analyse und statistischer Auswertung einer großen Anzahl qualifiziert geleiteter Psychodramasitzungen durchgeführt werden müßte, wobei die Vielzahl der Variablen für die Untersuchung größte Probleme aufwerfen wird.

So können unsere Ausführungen nur als ein Erfahrungsbericht und allenfalls als Hinweise für die Ausrichtung künftiger Forschung dienen.

#### *Das „triadische System“ Morenos und das „triadische Psychodrama“ der Französischen Schule*

Das Psychodrama Morenos weist in seiner klassischen Form eine triadische Struktur auf: die Initial- (warm up), Handlungs- (action) und Abschlußphase (sum up) (Petzold, 1971a), auch Erwärmungs-, Spiel- und Gesprächsphase genannt (Leutz, 1970). Dieser Aufbau ist vom Ablauf des Psychodramas her gegeben. Er erfaßt damit zwar die dem Spiel inhärente Dynamik, ohne jedoch Aussagen über die diagnostischen und therapeutischen Komponenten dieses Prozesses zu machen; deshalb muß man noch in einer anderen Hinsicht von einem triadischen System Morenos sprechen, in dem therapeutische und diagnostische Konzepte deutlich werden, nämlich von der Triade: psychodramatisches Spiel, Soziometrie und Gruppenpsychotherapie. Moreno hat die unlösliche Verbundenheit dieser drei Elemente immer wieder betont: das szenische

Spiel, das sich mit der individuellen Wirklichkeit des Patienten in seiner Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft diagnostisch und therapeutisch befaßt, die Soziometrie und Sozioanalyse als diagnostischem Instrument zur Untersuchung von gruppendynamischen Prozessen und die Gruppenpsychotherapie als therapeutische Methode zur Behandlung der Pathologie des Individuums in der Gruppe und durch die Gruppe und zur Behandlung von pathologischen Zuständen, die sich in der Gruppe selbst, d. h. in ihrem Sozialgefüge, vorfinden. Auch hier wird — vom soziometrischen Vorgehen abgesehen — keine präzise Aussage über das diagnostische *procedere* und die therapeutisch wirksamen Faktoren gemacht. Das „triadische System“ *Morenos* hat deshalb im „triadischen Psychodrama“ der französischen Schule (*Schutzenberger*, 1968; *Lemay*, 1970; *Petzold*, 1971i) eine spezifische Ausprägung erfahren, indem für den szenischen Teil die Katharsis- und Spontaneitätstheorie *Morenos* zugrunde gelegt wird, man in den soziometrischen Teil gruppendynamische und sozialpsychologische Konzepte integriert und der gruppentherapeutische Teil schließlich im wesentlichen auf der psychoanalytischen Theorie fußt — wir selbst haben hier versucht, einige Elemente aus der Gestalttherapie (*Perls*, 1970) und der „human potential“-Bewegung zu integrieren (*Petzold*, 1971e), die besonders die Erfahrung der Körperlichkeit zugänglich machen (*Berger*, 1971; *Petzold*, *Sieper*, *Berger*, 1972). Das triadische Psychodrama stellt also, auf den Konzepten *Morenos* fußend, eine Verbindung von szenischem Spiel, gruppendynamischem setting und gruppenpsychotherapeutischer Arbeit dar. Diese drei Komponenten können und sollten in jeder Sitzung zum Tragen kommen, da bei jedem Psychodrama in Gruppen auch gruppendynamische Faktoren und Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene wirksam werden. In der Praxis sieht das so aus, daß in manchen Sitzungen mehr gespielt wird, andere aber auch als reine T-Gruppen ohne szenische Handlung verlaufen. Immer ist jedoch eine intensive Bearbeitung des Feedbacks der Gruppe ein zentrales Anliegen. Die gruppenpsychotherapeutische Komponente kommt durch Interpretation des im Spiel oder in der verbalen Interaktion zutage getretenen Materials zur Wirkung. Diese auf Einsicht zielenden Deutungen können verbal durch den Therapeuten oder auch psychodramatisch durch Szenen gegeben werden, die von Hilfstherapeuten (*auxiliary egos*) gespielt werden. Die Deutung gewinnt auf diese Weise oft an Plastizität und Eingängigkeit. Das „triadische Psychodrama“ der französischen Schule verbindet in idealer Weise psychodramatische, sozialpsychologische und psychoanalytische Konzepte. Es ist sowohl auf das Individuum als auch wesentlich auf die Gruppe als solche gerichtet und kann deshalb je nach Indikation in der Form intensiver Kurztherapie, aber auch als sehr in die Tiefe gehende Langzeittherapie eingesetzt werden (*Petzold*, 1972).

*Das Psychodrama als Einzel- und Gruppenpsychotherapie,  
als Langzeit- und Kurzbehandlung*

Ob das Psychodrama als Einzel- oder Gruppenbehandlung, als Langzeit- oder Kurztherapie eingesetzt wird, hängt letztlich allein von der Frage der Indikation ab, auf die wir an dieser Stelle nicht detailliert eingehen können. Sicherlich werden periphere neurotische Verformungen der Persönlichkeit eine kürzere Behandlungsdauer erfordern als etwa Kern- oder Charakterneurosen, und sicherlich wird man den suizidalen Depressiven psychodramatisch anders angehen müssen als den Hysteriker. Grundsätzlich kann man sagen, daß in der psychodramatischen Kurztherapie die Elemente des Kreativitäts- und Spontaneitätstrainings, der Verhaltenstherapie, der Handlungskatharsis sowie stützende und suggestive Verfahren stärker zum Einsatz kommen als in der psychodramatischen Langzeittherapie, die im wesentlichen analytisch ausgerichtet ist, ohne daß damit die im Vorangehenden genannten Komponenten ausgeschlossen würden.

Es ist eine allgemeine und nichtsdestoweniger unzutreffende Annahme, daß das Psychodrama ausschließlich eine Form der Gruppenpsychotherapie sei. Das Psychodrama wurde von *Moreno* seit seinen ersten therapeutischen Versuchen in dreifacher Form eingesetzt: als Einzelbehandlung, als Einzelbehandlung in der Gruppe und als Gruppentherapie.

Das Psychodrama als Einzeltherapie verwendet Rollenspiel zwischen dem Therapeuten und Patienten oder behandelt einen Patienten mit einer Gruppe von Therapeuten oder therapeutischem Personal, wie es *Moreno* bei verschiedenen Fällen beschrieben hat (*Moreno*, 1969) und wie die französischen Schulen des analytischen Psychodramas bevorzugt verfahren (*Lebovici* et al., 1958; *Anzieu*, 1956). Auch hier ist die Frage der Indikation ausschlaggebend. In der Regel wird man schwer gehemmte Patienten und Psychotiker, die man in einer Gruppe nicht oder noch nicht angehen kann, für eine psychodramatische Einzelbehandlung auswählen oder Personen, deren Problematik der Gruppe nicht zugemutet werden kann, etwa bei massiv sexuell deviatem Verhalten.

Die Einzelbehandlung in der Gruppe finden wir bei protagonistenzentriertem Vorgehen. Die Problematik eines Patienten wird aufgegriffen und in der Gruppe behandelt, wobei die übrigen Gruppenmitglieder als auxiliary egos dem Protagonisten bei der Realisierung seines Psychodramas zur Verfügung stehen. Durch das damit verbundene Training der Rollenflexibilität und Spontaneität, durch die Schulung der Handhabung von Emotionen, der Einfühlung und der Verantwortung, nicht zuletzt aber durch die Partizipation an der Katharsis des Protagonisten durch Identifikation (vicarious catharsis, *Greenberg*, 1968) ergibt sich natürlich auch für die teilnehmenden Gruppenmitglieder eine mehr oder

weniger intensive therapeutische Wirkung; dennoch handelt es sich um das spezifische Psychodrama des Protagonisten, auf dessen Problematik der Therapeut besonders gerichtet ist.

*Personzentriertes, gruppengerichtetes und gruppenzentriertes Vorgehen*

Ist der Protagonist auf die Psychodramabühne getreten, so ist er mit dem Therapeuten allein. Die Gruppe tritt zurück, was besonders bei beleuchteter Psychodramabühne und abgedunkeltem Raum deutlich wird. Aber auch in einem anderen setting verschwindet durch die Interaktion zwischen Protagonist und Therapeut im Warm-up-Prozeß die Anwesenheit der Gruppe aus dem Bewußtsein des Protagonisten. Durch verschiedene Techniken, etwa die des dialogischen Interviews, wird eine Situation geschaffen, die der Einzeltherapie durchaus vergleichbar ist. Je nach den therapeutischen Zielsetzungen und Konzepten kann nun der Therapeut eine konfliktzentrierte Exploration (focussed analysis) vornehmen oder ein nondirektives Gespräch im Sinne der client-centered-therapy (Rogers, 1951) führen. Für das letztgenannte Vorgehen hat sich die Wiederholung von Aussagen des Patienten im „Echoeffekt“ zur Anregung der Produktion bewährt.

Im protagonistenzentrierten Psychodrama werden immer wieder Techniken eingesetzt, die auf die Behandlung des Patienten als Individuum ausgerichtet sind, so daß berechtigterweise von einer „Einzeltherapie in der Gruppe“ gesprochen werden kann. Wir haben schon darauf hingewiesen, daß durch die Mitbeteiligung am Spiel und die Identifikationsvorgänge die Gruppe bis zu einem gewissen Maße vom therapeutischen Geschehen in einem protagonistenzentrierten Psychodrama mitbetroffen wird. Bei homogenen Gruppen kann das so weit gehen, daß die Problematik eines Protagonisten gleichsam paradigmatisch für die ganze Gruppe aufgerollt wird, als Problematik, die für alle relevant ist. Der therapeutische Prozeß ist also auf die Gruppe gerichtet oder bezogen. Wenn auch noch das spezifische Spiel eines Protagonisten das formale Zentrum des Geschehens ist, so hat sich das eigentliche Geschehen vom Protagonisten hin auf die Gruppe verschoben ohne nun ausgesprochen auf die Gruppe im Hier und Jetzt zentriert zu sein. Wir haben schon an anderer Stelle auf die Wichtigkeit der Unterscheidung zwischen protagonistenzentriertem, gruppengerichtetem und gruppenzentriertem Vorgehen hingewiesen (Petzold, Schulwitz, 1971; Petzold, Sieper, 1970; Petzold, 1971m; Petzold, Sieper, 1971), die nicht nur für das Psychodrama, sondern auch für andere Formen der Gruppenpsychotherapie zutreffend und wichtig zu sein scheint. Erst wenn das Psychodrama gruppengerichtet oder gruppenzentriert ist, kann man es als Gruppenpsychotherapie im eigentlichen Sinne ansprechen. Im gruppengerichteten Verfahren und bei

der protagonistenzentrierten Behandlung verbinden sich in vorteilhafter Weise Möglichkeiten der Einzeltherapie mit den Möglichkeiten der Gruppenpsychotherapie. Man vermag den einzelnen Patienten mit genügender Intensität anzugehen, verfügt dabei aber noch über die therapeutischen Wirkweisen der Gruppensituation und vermag auch für die anderen Gruppenmitglieder eine therapeutisch wirksame Situation zu schaffen.

Das gruppenzentrierte Psychodrama ist mit der Situation der Gruppe im *hic et nunc* befaßt. Die Interaktionen zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern und das Verhalten der Teilnehmer in der Gruppe wird Gegenstand der Analyse und Bearbeitung. Durch das Aufgreifen und Spielen allgemeiner Thematik, etwa der Autoritätsproblematik, werden die Grenzen zum Soziodrama oft fließend.

Ganz gleich, welche der beschriebenen Formen des Vorgehens man auch wählt, so sind doch dem psychodramatischen Prozeß gewisse diagnostische und therapeutische Komponenten inhärent, die zwar je nach der Ausrichtung und Verfahrensweise des Psychodramatherapeuten zu der einen oder anderen Seite hin betont sein können, sich in der Regel aber in jedem *lege artis* ausgeführten Psychodrama finden. Mit diesen Komponenten wollen wir uns im folgenden befassen.

### *Das Psychodrama im „tetradischen System“*

Das klassische Psychodrama mit seinem dreigeteilten Aufbau schließt in jeder dieser drei Phasen verschiedene diagnostische und therapeutische Möglichkeiten ein. Um diese im Behandlungsverlauf auftauchenden Komponenten besser für den gezielten Einsatz verfügbar zu machen, haben wir versucht, den psychodramatischen Prozeß zu strukturieren, indem wir das „triadische Konzept“ *Morenos* und der französischen Schule zu einem viergliedrigen Aufbau, dem „tetradischen System“, ausweiteten und eine Anregung *Morenos* (1963) aufgreifend einen verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Teil dem Psychodrama angliedern.

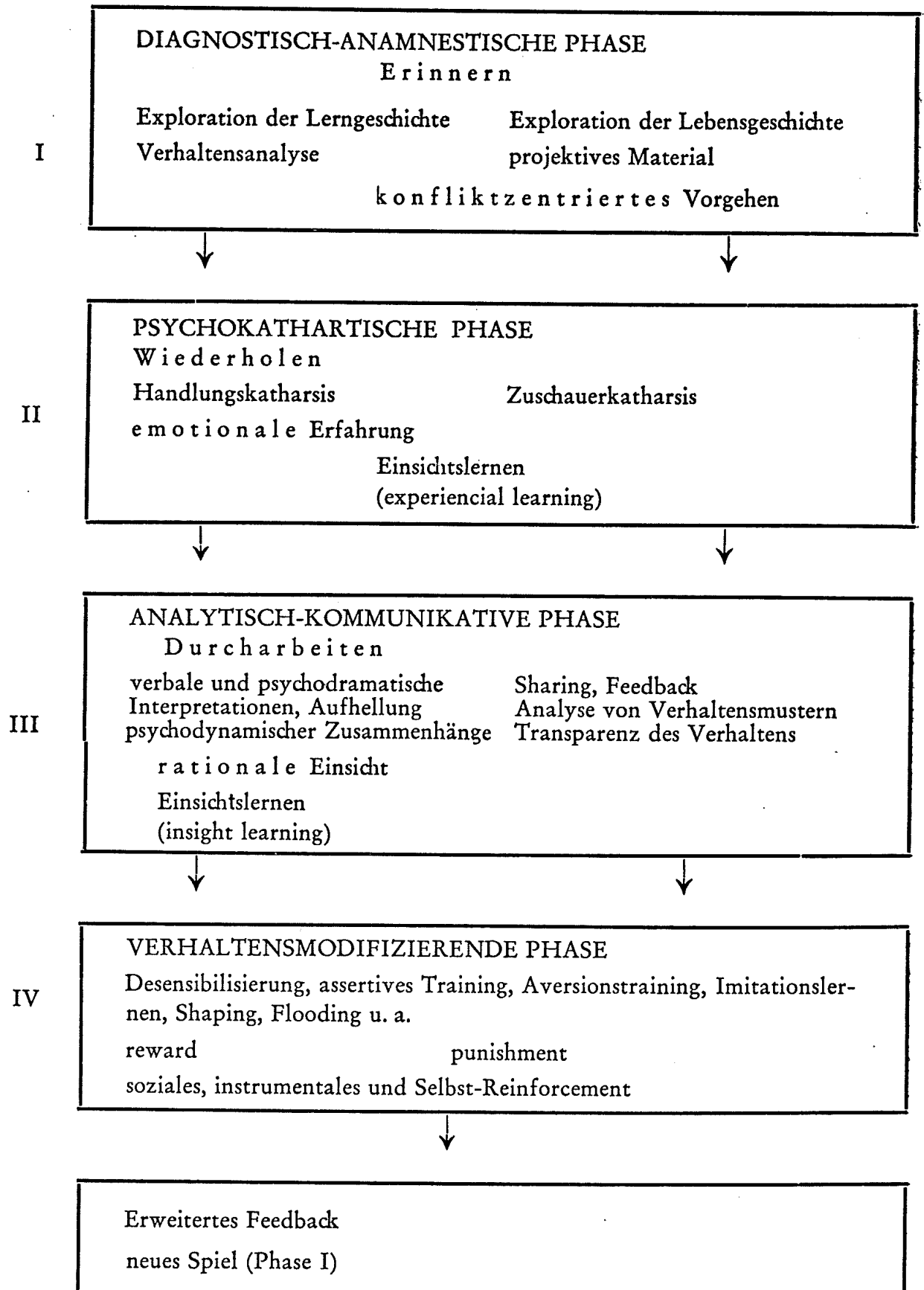
Wir unterscheiden folgende Phasen:

1. die diagnostisch-anamnestische,
2. die psychokathartische,
3. die analytisch-kommunikative,
4. die verhaltensmodifizierende Phase.

#### *1. Die diagnostisch-anamnestische Phase im Psychodrama*

Jeder psychodramatische Prozeß wird durch eine Erwärmungsphase (*warm up*) eingeleitet, die einerseits die Funktion hat, Widerstände abzubauen und Spielhemmungen zu beseitigen, die andererseits aber einen hohen diagnostischen Wert besitzt. Für das Warm-Up stehen dem Psy-

## D I A G R A M M

Aufbau eines tetradischen Psychodramas



chodramatherapeuten zahlreichen Techniken zur Verfügung, die spezifisch auf die Erwärmung eines Protagonisten gerichtet sind, wie z. B. der Dialog, das dialogische Interview, aber auch auf die Gruppe abzielen können, wie das Einleitungsgespräch (*Blatner, 1970; Cornyetz, 1945*) oder das Warm-Up durch Untergruppen (*Yablonski, Enneis, 1956*). Die meisten Warm-Up-Techniken sind für beide Aufgaben geeignet, wie z. B. die Spektogramme (*Kole, 1967; Petzold, 1971; Petzold, Sieper, 1971*), der magic-shop (*Petzold, 1971c*), der leere Stuhl (*Lippitt, 1959*), die katathyme Szene (*Petzold, 1971a*) u. a. Warm-Up-Techniken (*Weiner, Sachs, 1969; Petzold, 1971a*) können im Sinne eines projektiven Tests verwandt werden, indem sie die Produktion des Patienten anregen und ihn dazu stimulieren, erinnerte oder frei erfundene Szenen spontan ins Spiel zu bringen. In der katathymen Szene oder beim leeren Stuhl etwa werden die Teilnehmer der Gruppe aufgefordert, sich Ereignisse, Personen oder Dinge vorzustellen. Beim Gespräch, das sich an die Imaginationsübungen anschließt, werden dann die Inhalte der Tagträume und Vorstellungen verbalisiert und geben damit den Ansatzpunkt für eine psychodramatische Exploration ab. Sieht etwa jemand auf dem leeren Stuhl seinen Vater, so wird er aufgefordert, ihn genau zu beschreiben, um die Vorstellung zu verdeutlichen. Wird dann nach der Situation gefragt, in der man den Vater sieht, so kommt regelhaft eine Szene zustande, die recht wesentliche Problematik aufzeigt und oft schon auf den Kern der Schwierigkeiten verweist. Es ist auf diese Weise möglich, von einer an sich belanglosen Initialszene (zuweilen innerhalb einer Sitzung) zu traumatischen Kindheitserlebnissen vorzustoßen. Oft werden auch spontan kleine, anscheinend belanglose Szenen aus dem Alltagsleben vom Teilnehmer vorgeschlagen und wie freie Assoziationen als freie Aktionen ins Spiel gebracht. Von derartigen Randszenen, etwa aus dem beruflichen Alltag, kann in konfliktzentrierter Exploration Material, das im Spiel zum Ausdruck kommt, weiter verfolgt werden. Ein Patient zeigt z. B. die Szene einer Autofahrt mit einem Kollegen. Im Spiel wird deutlich, daß er sich gegen den Kollegen nicht durchsetzen kann, sondern daß dieser immer wieder den Verlauf der Fahrt bestimmt, obwohl er nicht am Steuer sitzt. Der Therapeut fragt den Patienten, ob ihm das öfter so gehe. Die Antwort: „Eigentlich nicht, aber manchmal“ gibt den Schlüssel zu einer neuen Szene in der Schule, von der in einem dritten Spielabschnitt zu dem schwierigen Verhältnis zum Vater übergeleitet wird.

Die diagnostischen Möglichkeiten des Psychodramas können durch die Inszenierung von vorgegebenen kleinen Rollenspielen, sogenannten „psychodramatischen Vignetten“, gezielt eingesetzt werden. Wir verwenden hierzu eine Reihe von „Standardsituationen“ — die Standardisierung konnten wir bislang noch nicht zum Abschluß bringen — z. B. Einkauf in

einem Lebensmittelgeschäft, Szene aus der Schule, Szene aus dem Berufsleben, Szene mit dem Vater, Szene mit den Geschwistern oder Eltern. Diese kleinen, vom Therapeuten vorgeschlagenen Situationsspiele bringen nicht nur projektives Material, sondern ermöglichen auch einen Einblick in den Sozialbereich des Patienten, der oft genug für den Therapeuten unzugänglich bleibt. Das Psychodrama stellt damit in seiner Initialphase ein hervorragendes Instrument für die Verhaltensdiagnose (Kanfer, 1970) dar. In den Szenen werden die Reaktionsweisen des Patienten erkennbar und die Stimulus-Response-Konstellationen in seiner beruflichen und familiären Umgebung transparent. Durch weiteres Vordringen in die Vergangenheit läßt sich das Zustandekommen und der Aufbau von Verhaltensmustern diagnostizieren. Aus dieser Verhaltensanalyse gewinnt der Therapeut Daten für sein weiteres Vorgehen in den verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Phasen des Psychodramas.

## 2. Die psychokathartische Phase

Ist die Initialphase darauf ausgerichtet, Konfliktzonen festzustellen, die in der persönlichen Dynamik des Patienten und seiner Lebensgeschichte situiert sind, und weiterhin Aufbau und Zustandekommen von Verhaltensmustern zu diagnostizieren, die aus der individuellen Lerngeschichte des Patienten resultieren, so steht in der zweiten Phase des Psychodramas das kathartische Ausagieren der konfliktbesetzten Szenen im Zentrum des therapeutischen Prozesses. Die im Warm-Up-Prozeß erinnerten Szenen werden in der psychokathartischen Phase wiederholt, um dann in der analytischen Phase des tetradischen Psychodramas rational durchgearbeitet zu werden. Die psychodramatische Wiederholung von bestimmten negativen lebensgeschichtlichen Ereignissen stellt den Protagonisten wieder in Situationen, die er in der Vergangenheit einmal erlebt hat. Durch verschiedene technische Kunstgriffe wird versucht, die Szenen so realitätsgetreu wie möglich zu konstituieren. Die von uns entwickelte „katathyme Verdeutlichung“ (Petzold, 1970a) läßt den Protagonisten den Raum des Geschehens so deutlich wie möglich bei geschlossenen Augen imaginieren. Durch Fragen etwa nach dem Mobiliar, der Farbe von Vorhängen, dadurch, daß man das katathyme Erlebnis ausdehnt auf das Wahrnehmen von Gerüchen und das Fühlen von Gegenständen und Sachen (etwa das Schreiten auf dem weichen Teppich des elterlichen Wohnzimmers), wird eine psychodramatische Szene von höchster Erlebnisintensität vorbereitet. Das Geschehen im Spiel kann dann so emotionsdicht werden, daß die Wirklichkeit der Gegenwart verschwindet und die Wirklichkeit der Vergangenheit gegenwärtig wird. In einem sehr bewegten Psychodrama mit einer jüdischen Protagonistin, die aufgrund ihrer Bekanntschaft mit einem SS-Mann

aus dem Auffanglager fliehen konnte, wohingegen ihre Mutter und ihr kleiner Bruder zurückbleiben mußten, um in ein Konzentrationslager abtransportiert zu werden, spielte ich mit einem älteren Kollegen Mutter und Bruder in der Szene. Obwohl die Mutter also von einem Mann dargestellt wurde und ich selbst ja auch nicht einen 10jährigen Buben verkörpere, waren die projektiven Kräfte der Protagonistin in der von uns unter großer Mitbeteiligung und Einfühlsamkeit gespielten Szene so stark, daß sie in diesem Spiel ihre Mutter und ihren Bruder sah und sprechen hörte. Das geschilderte Beispiel verdeutlicht ein in emotionsintensiven Psychodramen bekanntes Phänomen (*Buxbaum*, 1971): die psychodramatische Gegenwärtigsetzung, die für ein kathartisches Erlebnis unerlässlich ist. Bei allem Wirklichkeitscharakter derartiger Szenen aber ist wesentlich, daß es sich um die psychodramatische Wirklichkeit im Spiel handelt und nicht um die Realität, in die der Spieler zu jedem Moment des Psychodramas allein oder mit Hilfe des Therapeuten zurückkehren kann. Die Entladung von Ängsten und Aggressionen in der „surplus reality“ des Spiels, um einen Ausdruck *Morenos* (1970) zu gebrauchen, einer Realität also, die über die Wirklichkeit hinausgeht, ermöglicht die Katharsis. Die von *Moreno* 1923 in seinem Buch über das Stegreiftheater aufgestellte These: „Jedes wahre zweite Mal ist die Befreiung vom ersten“, trifft ganz eigentlich den therapeutischen Mechanismus der psychodramatischen Katharsis, die eben nicht nur eine „passage à l'acte“ ist, ein bloßes Ausagieren aufgetauter Emotionen, sondern die eine emotionale Erfahrung vermittelt, die befreien kann. Zwischen dem, was wir in der psychoanalytischen Situation als Übergang zum Handeln bezeichnen würden, und dem psychodramatischen Agieren besteht ein wesentlicher Unterschied. Das eine Mal handelt es sich um ein Agieren aus einer unaufgearbeiteten Übertragungssituation an der Bezugsperson der Übertragung, die ja nicht mit wirklich gemeinten Personen identisch ist — der Analytiker ist eben nicht der Vater oder die Mutter, ganz gleich wie intensiv die Übertragung des Patienten auch sei. Das andere Mal, im Psychodrama nämlich, vollzieht sich das Agieren in einer Situation, die im Aufbau der Szene die vergangene Wirklichkeit für eine Spielzeit gegenwärtig setzt, sie wieder erfahrbar macht und in der die Mitspieler den von ihnen verkörperten Bezugspersonen, dem Vater, der Mutter, den Geschwistern oder wem auch immer einen gewissen Wirklichkeitscharakter verleihen. Man könnte sagen, die Übertragung wird substantieller, sie erstreckt sich nur über die zeitliche Dauer des Spiels und erlischt bei seiner Beendigung (*Leutz*, 1970). Ist ein intensives Psychodrama zu Ende, so erwacht der Protagonist oft wie aus einem Traum. Die Gestalten der Vergangenheit sind verschwunden, die Erlebnisse durchlebt worden und die Realität der Gruppe und der in ihr anwesenden Personen ist wieder gegenwärtig.

Dieses Zurückkehren aus der Spielsituation hat oftmals einen eigenen kathartischen Effekt. Während die Katharsis in der Szene durch das Ausagieren aufgestauter bzw. verdrängter Emotionen bewirkt wird, ist hier das Erlebnis, eben nicht in der traumatischen Vergangenheit, sondern in der Gegenwart der vertrauten Umgebung und Gruppe zu sein, eine Befreiung. Die in der psychokathartischen Phase des Psychodramas gewonnene emotionale Erfahrung aber darf nicht frei im Raum stehenbleiben, sie muß durchgearbeitet, auf ihren Inhalt untersucht und im Leben des Patienten eingeordnet werden. Dies geschieht in der analytisch-kommunikativen Phase des Psychodramas.

### *3. Die analytisch-kommunikative Phase*

In den Prozessen der Spiel- oder Handlungsphase des Psychodramas, in denen die Katharsis der Emotionen (*Aristoteles*) erlebt und erfahren wird, kommen Ereignisse zum Ausdruck, die zunächst den Protagonisten und sein persönliches Schicksal betreffen, die aber auch die Gruppe miteinbeziehen, und das aus zweifachem Grunde. Erstens geschieht hier etwas mit einem Teilnehmer, der als Gruppenmitglied der Gruppe und den in ihr anwesenden Individuen in irgendeiner Form verbunden ist, und zweitens bieten die meisten Psychodramen die Möglichkeit zu einer Beteiligung der Zuschauer und Mitglieder, sei es aufgrund von Identifikationsvorgängen, Projektionen oder durch das Gefühl innerer Ergriffenheit, das durch das Miterleben eines menschlichen Schicksals bei den Teilnehmern aufkommt. Die Mitspieler im Psychodrama des Protagonisten stehen dabei in einem besonderen Erlebnisbereich, der durch die tätige Partizipation gekennzeichnet ist. Auch diese Vorgänge schaffen ein emotionelles Klima, das Bearbeitung verlangt. Sie soll in der dritten Phase des Psychodramas geleistet werden, die von Psychodramatikern der amerikanischen Schule als „sharing“, von der triadisch orientierten französischen Schule oft als „Feedback-Phase“ (*Schützenberger*, 1968), von anderen wiederum als Gesprächs- oder Diskussionsphase (*Leutz*, 1970) bezeichnet wird. All diesen Bezeichnungen, die mehr oder weniger differierende Auffassungen der dritten Phase des Psychodramas erkennen lassen, ist der Faktor der Kommunikation gemeinsam, wobei *Morenos* „sharing“ sich nicht allein auf verbale Kommunikation begrenzt, sondern nonverbale Mitteilungen und Äußerungen, Gestik und körperliche Berührung mit einschließen kann. Das Feedback umgreift hier sowohl die emotionale als auch die rationale Ebene. Die Doppelbezeichnung im dritten Abschnitt des Psychodramas als analytisch-kommunikativ haben wir im Hinblick auf die Funktionen dieser Phase gewählt, dient sie doch einerseits dazu, die Kommunikation unter den Teilnehmern zu vertiefen, andererseits aber auch dazu, die Vorgänge im

Spiel transparent zu machen. Die psychokathartische Phase des Psychodramas vermittelt emotionale Erlebnisse und Erfahrungen. Diese können aber nur im Sinne eines „Erfahrungslernens“ fruchtbar werden, wenn sie überdacht und geordnet werden. Die so oft gestellte Alternative „Einsichtslernen versus Erfahrungslernen“ wird meines Erachtens dem Lernprozeß nicht gerecht. Erfahrungslernen ist ohne ein Mindestmaß von Einsichten nicht möglich und Einsichtslernen wird immer auf konkrete Erfahrungen zurückgreifen müssen.

Die emotionalen Erfahrungen der psychokathartischen Phase des Psychodramas müssen also verdeutlicht und transparent gemacht und gegebenenfalls auf ihren Hintergrund hin analysiert werden, und das sowohl für den Protagonisten als auch für die Gruppe und die in ihr anwesenden Teilnehmer.

Der Protagonist bedarf, besonders nach emotionsintensiven Psychodramen, zunächst einmal der Stütze und des Haltes durch die Gruppe. Dem sharing, der affektiven Kommunikation, kommt hier zentrale Bedeutung zu. Die anwesenden Gruppenmitglieder teilen dem Protagonisten ihre Erlebnisse und Empfindungen mit, die sie während des Psychodramas erfahren haben. Sie berichten von ähnlichen Situationen aus ihrem eigenen Leben und zeigen dem Protagonisten auf diese Weise, daß er mit seinen Problemen nicht einzig dasteht und daß vor allen Dingen nicht allein steht, denn es gibt Menschen, die an seinen Schwierigkeiten teilnehmen. Dieses Feedback der Gruppe, das durch einen Händedruck, durch nahes Zusammenrücken der Teilnehmer, durch freundliche Gesten oder eine Umarmung unterstrichen werden kann, stellt einen social reinforcer, einen sozialen Verstärker dar, der in seiner therapeutischen Effektivität gar nicht hoch genug veranschlagt werden kann. Das sharing bezieht darüberhinaus die gesamte Gruppe aktiv in das Geschehen mit ein, was von besonderer Wichtigkeit ist, weil während des Spiels durch Identifikationen Prozesse in Gang gekommen sein können, die intensiver und tiefgreifender sind als beim Protagonisten selbst. Im Vorgang des Verbalisierens und Mitteilens in der dritten Phase des Psychodramas werden derartige Prozesse erkennbar und können therapeutisch, gegebenenfalls durch ein neues Psychodrama, aufgefangen werden. Das Gruppengespräch geht, nachdem das emotionale Miterleben mitgeteilt wurde, unter Berücksichtigung der Beiträge aus dem sharing zu einer sachlichen Betrachtung des Spielgeschehens über. Die Szene wird auf ihren Inhalt hin vom Protagonisten zusammen mit der Gruppe und dem Therapeuten durchgesprochen, wobei in diesem Gespräch gruppendynamische Faktoren zum Tragen kommen. In diesem Stadium des Durcharbeitens der Szene kann der Therapeut deutlich eingreifen, was entweder durch verbale Interpretationen oder durch kurze psychodramatische Interludien geschieht, die auf seine Anweisung hin von den auxiliary egos, Hilfstherapeuten also, wie z. B. psychodra-

matisch geschulten Pflegern und Schwestern, inszeniert werden. Diese auf Einsicht zielenden Interpretationen legen die psychoanalytische Theorie zugrunde und sind für den therapeutischen Prozeß von wesentlicher, wenn auch keineswegs von allein ausschlaggebender Bedeutung, wie manche Schulen des analytischen Psychodramas in Frankreich (*Lebovici, Diatkine, Kestenberg*, 1959; *Lebovici*, 1971) behaupten. Die Einsicht soll nämlich nicht nur im Hinblick auf psychodynamische Faktoren erreicht werden, sondern auch im Hinblick auf den Aufbau und das Zustandekommen von Verhaltensweisen. Wir haben schon bei der Behandlung der Eingangsphase des Psychodramas seine diagnostischen Möglichkeiten im Hinblick auf projektives Material einerseits und im Hinblick auf die Analyse des Verhaltens andererseits betont. Dieser zweifache Ansatz, nämlich der analytische und der verhaltenstherapeutische, wird im Psychodrama über den diagnostischen Bereich hinaus zum therapeutischen weitergeführt. *Moreno* (1957) selbst hat sowohl die Bedeutung psychoanalytischer als auch verhaltenstherapeutischer Elemente im Psychodrama betont, und in der Tat sind beide Komponenten in der psychodramatischen Handlung wirksam. Das Psychodrama geht sowohl kausal-aufdeckend wie auch symptomgerichtet vor. Es verbindet emotionale Erfahrung und Einsicht und die mit diesen verbundenen Lernprozesse. Sicherlich kann man das Verfahren nach der einen oder anderen Richtung hin akzentuieren, wie die Entwicklung eines analytischen Psychodramas (*Lebovici et al.*, 1959; *Anzieu*, 1956; *Lemoine*, 1970; *Petzold*, 1971) einerseits und eines verhaltenstherapeutischen Psychodramas (*Sturm*, 1965) bzw. „behaviour-dramas“ (*Petzold*, 1971 k) andererseits zeigen. Die verschiedenen Techniken der Handlungsphase sind sowohl mit analytischer als auch verhaltenstherapeutischer Zielsetzung einsetzbar. In der Regel geht beides nebeneinander her.

### *Amplifizierte Verhaltensanalyse*

Die analytisch-kommunikative Phase des Psychodramas ist den im Spiel zum Ausdruck gekommenen Verhaltensmustern genauso aufmerksam zugewandt, wie den diesen etwa zugrundeliegenden oder mit ihnen verbundenen psychodynamischen Faktoren; denn es ist z. B. für einen durchsetzungsschwachen Menschen nicht nur wichtig, zu erkennen, daß seine Schwierigkeiten auf die beständige Repression durch seine dominanten Eltern zurückzuführen sind, sondern es ist für ihn zunächst auch wichtig, zu sehen, wo bestimmte Verhaltensweisen bei ihm selbst dominierende Reaktionen stimulieren und verstärken und andererseits festzustellen, durch welche Stimuli seine eigenen Responzen hervorgerufen und verstärkt werden. Diese Analyse bleibt in der dritten Phase des Psychodramas nicht auf den Situationskontext der gespielten Szene beschränkt, sondern wird auf den Situationskontext des Gruppengeschehens im *hic et nunc* ausgedehnt, indem Parallelen zum Verhalten des Protagonisten in



der Gruppe gezogen werden. Es wird damit eine Lernsituation von besonderer Art geschaffen, die eine amplifizierte Verhaltensanalyse (Petzold, 1971 e) ermöglicht, amplifiziert, weil sie dem Protagonisten der Gruppe und dem Therapeuten Einblick in das *tum et olim* (A. Friedemann) der persönlichen Vergangenheit, das *hic et nunc* der Gruppenwirklichkeit ermöglicht und sie auch durch die Technik der Zukunftsprojektion in künftige Situationen, die zu erwarten sind und die es zu explorieren gilt, führt. Das Feedback, das über die rein verbale Äußerung hinausgeht, gewinnt an Durchschlagskraft dadurch, daß der Protagonist sein Verhalten selbst sieht. Die besondere Plastizität der amplifizierten Verhaltensanalyse kommt zum Tragen, wenn in kurzen Playbackszenen das Spielgeschehen von den Beteiligten nochmals aufgerollt wird oder man eine Videoaufzeichnung abfährt. Die affektiven Prozesse mit ihrer kathartischen Wirkung, die im Spiel erlebt wurden, werden auf diese Weise mit einem gewissen Abstand und in ihren Strukturen gesehen. Zur emotionalen Erfahrung gesellt sich die rationale Einsicht, die aufgrund ihrer augenfälligen Deutlichkeit — die Vorgänge können ja gesehen, beobachtet werden — auch Menschen mit geringem Intelligenzniveau erreicht, die bei einem rein verbalen analytischen Vorgehen oder in non-direktivem Verfahren ad modum Rogers (1951) nur mit größten Schwierigkeiten erreicht werden können. Andererseits werden durch das intensive affektive Geschehen auch Menschen angebar, die durch ihre starke rationale Abwehr für eine analytische Therapie weniger geeignet sind.

#### 4. Die verhaltensmodifizierende Phase

Bei der emotionalen Erfahrung und der rationalen Einsicht soll aber nicht stehengeblieben werden. Nachdem in der diagnostisch-anamnестischen Phase des tetradischen Psychodramas erinnert, in der psychokathartischen Phase wiederholt wurde, der analytisch-kommunikativen Phase schließlich die Aufgabe des Durcharbeitens zukam, soll im Sinne eines echten Lernprozesses eine Konsequenz aus Erfahrungs- und Einsichtslernen gezogen werden, die in einer Verhaltensänderung ihren Ausdruck finden soll. Greifen wir auf das schon einige Male angesprochene Beispiel des durchsetzungsschwachen jungen Mannes zurück: In der Initialphase des Psychodramas wurden seine Selbstbehauptungsschwierigkeiten diagnostiziert und im Verlauf der psychodramatischen Exploration sein Konflikt mit dem Vater festgestellt, der in mehreren Spielen während der Handlungsphase entfaltet wurde und in einer Szene kulminierte, in der ihm der Vater im Alter von fünf Jahren vor der Mutter und den Spielkameraden für ein geringfügiges Vergehen die Hose herunterläßt und ihn verprügelt. Die Ohnmachts- und Haßgefühle gegen den rauhen, ja manchmal brutalen Vater, die Verlassenheit nach der Prügel-szene wurden im Psychodrama nochmals durchlebt und fanden in einem

kathartischen Aggressionsausbruch gegen den Vater, der in der Wirklichkeit nie stattgefunden hatte, ihre Lösung. Die analytisch-kommunikative Phase vermittelte dann im sharing die affektive Anteilnahme der Gruppe und zeigte bei anderen Teilnehmern ähnliche Schwierigkeiten. Die einzelnen Szenen der Spielphase wurden daraufhin durchgesprochen. In einer Szene, in der der Patient im elterlichen Betrieb gegen seine Absicht ständig Fehlanweisungen gibt, die seinen Vater bei Geschäftspartnern in prekäre Situationen bringen, werden dem Protagonisten durch ein kurzes, vom Therapeuten angeordnetes Interludium seine schuldbesetzten Bestrafungstendenzen gegen den Vater gedeutet. Bei der Analyse einer Szene, die eine der auf solche Fehlentscheidungen folgende Auseinandersetzung zeigte, wird dem Patienten deutlich, daß sein zögerndes und unterwürfiges Verhalten, mit dem er den Vater besänftigen möchte, nur noch dessen Unmut verstärkt, da er von seinem einzigen Sohn, den er in seiner Weise auch gern hat, sich ein männlicheres Verhalten erwartete. Die Gruppe stellt fest, daß der Patient sich in gewissen Situationen im Gruppengeschehen ähnlich verhält. Bei der skizzenhaften Reinszenierung einer solchen Situation wird die Ähnlichkeit der Stimulus-Response-Konstellation deutlich erkennbar.

Als Reaktion auf das Geschehen werden in der Gruppe Stimmen laut, die die Auffassung vertreten, daß der Protagonist doch einmal versuchen solle, die für ihn schwierigen Situationen in einer anderen Art zu meistern. Der Patient nimmt diesen Vorschlag an, worauf der Therapeut in das Geschehen eingreift und eine Reihe von Situationsspielen vorschlägt, die er als „Hierarchie“ für ein desensibilisierendes (*Paul, 1969*) und gleichzeitig assertives Training (*Salter, 1950*) im Sinne einer schrittweisen Annäherung (successive approximation, shaping, modelling, *Yates, 1970; Wolpe, Lazarus, 1966*) aus der Situation konzipiert hat.

Das „Behaviourdrama“ (*Petzold, 1971 k*) zeigt folgende Szenen:

a) Der Patient muß sich mit einem Schaffner, gespielt von einem älteren Gruppenmitglied, der ihm zu wenig Wechselgeld herausgegeben hat, auseinandersetzen. Da er bei dem geringfügigen Betrag von einer Mark sehr zögert und erkennen läßt, daß er lieber auf die Mark verzichtet, als den Schaffner darauf anzusprechen, wird die Szene abgebrochen und mit einem Betrag von zwanzig Mark wiederholt. Es zeigt sich die gleiche Haltung. Erst durch die Interjektion eines Doppels: „Das ist mein letztes Geld, und die Banken sind schon zu. Ich stehe ganz ohne Bargeld da“, spricht der Protagonist den Schaffner zögernd und dann zunehmend sicherer an. Der Schaffner beginnt unfreundlich zu reagieren. Die aufkommende Unsicherheit des Protagonisten wird durch helfendes Doppeln abgefangen. Er wirft dem Schaffner sogar Unkorrektheit vor, droht, sich zu beschweren und erhält sein Geld wieder. Die Gruppe applaudiert und gibt damit eine Verstärkung (social reinforcement).

b) In einer zweiten Szene wird dem Protagonisten von seinem Lehrherrn vorgeworfen, einen Auftrag nicht ausgeführt zu haben, der aber in Wirklichkeit einem anderen Lehrling gegeben worden war. Durch stützendes Doppeln kann der Protagonist die Situation in mehreren Anläufen zunehmend besser bewältigen, wobei er von der Gruppe und vom Therapeuten durch anerkennende Worte und während des Spiels durch anfeuernde Zurufe verstärkt wird.

c) In dieser Szene hat der Patient sich vor dem Vater wegen einer vermeintlichen Fehlbestellung für den elterlichen Betrieb zu rechtfertigen. In die Situation gestellt, befallen den Protagonisten seine alten Angst- und Ohnmachtsgefühle. Der Therapeut unterbricht die Szene und befragt den Patienten, was er in den vergangenen Phasen des Psychodramas erkannt und gelernt habe. Dadurch wird das Resultat der therapeutischen Arbeit vergegenwärtigt. Der Patient wiederholt kurz die für ihn wesentlichen Einsichten und Erfahrungen und tritt wieder in das Rollenspiel. Der den Vater spielende Hilfstherapeut verhält sich auf ein Zeichen des Gruppenleiters relativ freundlich und zugänglich, so daß es dem Protagonisten gelingt, in der Situation seinem Vater den Irrtum zu erklären. Die Gruppe gibt ihm entsprechende Anerkennung. — Abschluß der Therapiesitzung.

d) Die nächste Sitzung wird mit einem Rollenspiel zur gleichen Situation begonnen, nur daß es sich diesmal um eine echte Fehlbestellung handelt und der Vater heftig reagiert. Der Patient fällt im Spiel in sein altes Verhalten zurück. In dem Moment, wo dies erkenntlich wird, unterbricht der Therapeut die Szene. Wir haben diese Technik des action stopping im Behaviourdrama analog zum thought stopping (*Wolpe*, 1969) zur Unterbrechung unerwünschten Verhaltens entwickelt (*Petzold*, 1971 k), wobei die Mißbilligung des Therapeuten („das war nicht gut genug, das Ganze noch einmal“) als negativer Stimulus (punishment) wirkt. Die ganze Szene wird wiederholt, wobei die Rolle des Protagonisten von einem Hilfs-Ich eingenommen wird, das den Streit mit dem Vater ausficht (vicarious acting), und der Patient, als stiller Begleiter hinter dem Hilfs-Ich stehend, die Szene miterlebt. In der nächsten Phase greift der Protagonist aus der Position hinter dem „schützenden Rücken“ des Hilfs-Ichs den Vater an. Im folgenden Schritt nimmt der Patient wieder seine Rolle ein und setzt sich direkt mit dem nun recht aggressiv spielenden Vater auseinander, wobei, sobald Unsicherheiten erkennbar werden, das nun als Doppel fungierende Hilfs-Ich stützend eingreift und der Vater seine Aggressivität etwas reduziert. Der Patient wird zunehmend sicherer und nimmt schließlich einen recht bestimmenden und herausfordernden Ton an. An diesem Punkt lenkt der Vater ein und verstärkt auf diese Weise das Verhalten des Sohnes. Die Gruppe applaudiert, der Co-Thera-

peut gibt dem Protagonisten Zigaretten (instrumental reinforcement). Es darf geraucht werden.

Auch auf ein Behaviourdrama kann, falls erforderlich oder therapeutisch indiziert, ein weiteres Feedback folgen — das unmittelbare Feedback hat ja nur Lob und Tadel für die gespielte Situation zum Inhalt —, indem die behaviourdramatische Situation in ihren emotionalen Strebungen aufgearbeitet werden kann. Z. B. wurde in dem geschilderten Fall dem Protagonisten deutlich gemacht, daß das Einlenken des Vaters als Zeichen der Anerkennung für ein Verhalten zu werten sei, das er schon immer von seinem Sohn gewünscht und erwartet hatte. Ein Gruppenmitglied teilt mit, daß bei ihm, nachdem er den Vater so „besiegt“ gesehen hatte und noch dazu applaudiert habe, heftige Schuldgefühle aufgetaucht seien. — Ein neues Psychodrama mit einem neuen Protagonisten kommt in Gang. Ob in der verhaltensmodifizierenden Phase des tetradischen Psychodramas ein erweitertes Feedback über die konkrete Situation des verhaltensmodifizierenden Rollenspiels zugelassen wird, hängt von den therapeutischen Intentionen des Gruppenleiters ab. In der Regel ist es im tetradischen Vorgehen anzuempfehlen, da ja auch gruppenorientiert gearbeitet wird und auf diese Weise oftmals neue Anknüpfungspunkte gefunden werden. Bei reinen Behaviourdramen, die nicht aufdeckend, sondern als Aversions- oder Selbstbehauptungstraining zur Desensibilisierung, zum Imitations- oder Diskriminationslernen nach einem klar vorkonzipierten Therapieplan eingesetzt werden, stört erweitertes Feedback das konsequente therapeutische Vorgehen. Die Frage stellt sich überdies für uns nicht so drängend, weil wir rein behaviourdramatisch vorwiegend mit Einzelpatienten und einem Therapeutenteam bzw. mit kleinsten Patientengruppen arbeiten.

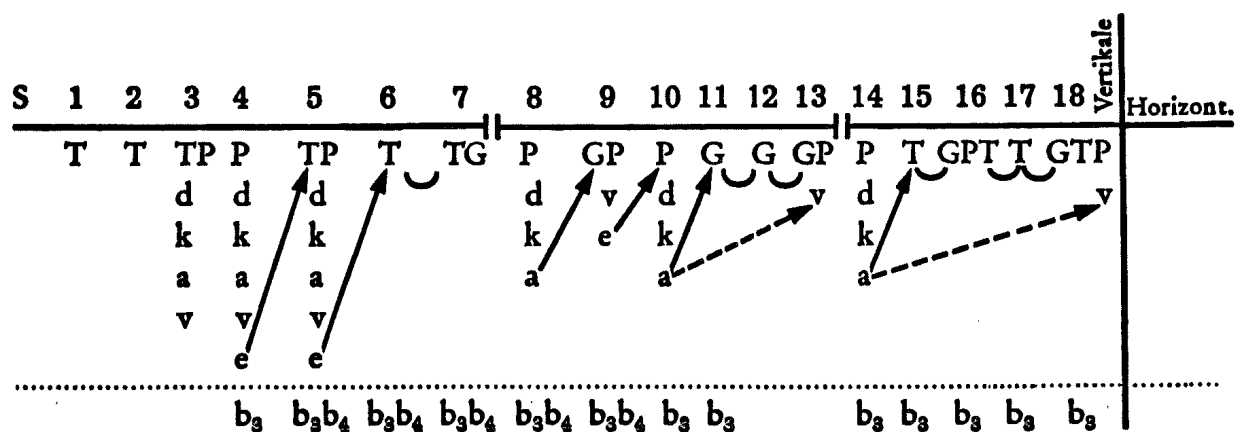
### *Verlaufsbild einer tetradischen Therapiegruppe*

Der viergestufte Ablauf im „tetradischen System“ kann bei person- und gruppenzentriertem und auch bei gruppengerichtetem Vorgehen innerhalb einer Therapiesitzung ablaufen oder sich über eine Sequenz von Sitzungen hinziehen, die wir dann als „therapeutische Einheit“ bezeichnen. Dabei kann es vorkommen, daß sich die einzelnen Phasen, etwa die diagnostisch-anamnestische (= d) oder die analytisch-kommunikative (= a), auf mehrere Sitzungen ausdehnen (nur die psychokathartische bleibt auf eine Sitzung beschränkt). Ist dies bei Phase a der Fall, so nehmen die Sitzungen oftmals einen gruppenanalytischen bzw. gruppendynamischen Charakter an. Wir finden dann einen Verlauf vor, wie wir ihn aus dem triadischen Psychodrama (franz. Modell) kennen, nur mit dem Unterschied, daß der tetradische Ansatz einer therapeutischen Einheit in der Regel konsequent durchgeführt wird, d. h. daß die verhaltensmodifizierende Phase (= v) auch noch nach einer Sequenz von Sitzungen der

Phase a angestrebt wird. Bei v ergibt sich eine Besonderheit, dadurch daß eine Verhaltensmodifikation in einer Sitzungseinheit kaum erreicht werden kann, wenn es sich etwa um eine systematische Desensibilisierung, ein shaping bzw. assertive training handelt. In v werden die Ergebnisse aus d, k und a umgesetzt und zwar in einer Form, die ein kontinuierliches Üben, ein systematisches Training notwendig macht. Zu diesem Zweck laufen entweder separate Sitzungen, in denen mit dem Behaviourdrama (Petzold, 1969, 1971 k) das Programm von v realisiert wird, oder es werden im Anschluß an die normale Gruppensitzung ein oder zwei Behaviourdramen (= b) als Ausführungen von v-Phasen angehängt. In Anbetracht der Tatsache, daß für eine b-Einheit nur 10–20 Minuten erforderlich sind, kann dies ohne allzugroße Belastung des sonstigen Therapieverlaufs geschehen, wenn sich auch nach unseren Erfahrungen separate b-Sitzungen als vorteilhafter erwiesen haben.

Wir können demnach im „tetradischen System“ zwei Dimensionen im therapeutischen Verlauf feststellen: eine horizontale und eine vertikale. Die vertikale gibt den vierstufigen Aufbau einer „therapeutischen Einheit“ wieder, die horizontale den Verlauf nach dem Akzent der Gruppenarbeit. Die Horizontale weist starke Ähnlichkeiten zum Verlaufsbild von Gruppen auf, die mit dem triadischen Psychodrama arbeiten, eben weil der tetradische Ansatz den triadischen weitgehend inkorporiert.

### *Therapeutische Einheiten im Verlauf einer „tetradisch“ geführten Gruppe*



#### *Legende:*

- |                                       |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| S = Sitzung                           | d = diagnostisch-anamnestische Phase |
| T = T-Group                           | k = psychokathartische Phase         |
| P = Psychodrama                       | a = analytisch-kommunikative Phase   |
| G = analytische Gruppenpsychotherapie | v = verhaltensmodifizierende Phase   |
|                                       | e = erweitertes Feedback             |

- b = behaviourdramatische Einheiten im Anschluß an die Sitzungen  
 b<sub>3</sub>/b<sub>4</sub> = Behaviourdrama mit Protagonist aus Sitzung 3 bzw. 4  
 b<sub>3</sub> = Grenze einer Therapieeinheit

### *Erläuterung:*

Sitzung (= S) 1 und 2 verlaufen als T-Gruppen. In 3 bringt nach einleitender T-Gruppensituation ein Teilnehmer ein Problem, das „tetradisch“ durchgespielt und abgeschlossen wird. 4 beginnt mit einem Problem, das „tetradisch“ durchgespielt und abgeschlossen wird, durch das „erweiterte Feedback“ jedoch zu einer neuen T-Group-Situation in 6 führt, die sich nach 7 fortsetzt und einen starken gruppenanalytischen Akzent erhält. Die auslösenden Situationen in S 3—6 erfahren eine gewisse Abklärung, so daß man S 3—7 als eine therapeutische Einheit in der Horizontalen des Therapieverlaufs ansehen kann. S 8 beginnt mit einem protagonistenzentrierten Psychodrama, das die ersten drei Phasen des tetradischen Systems durchläuft. Die dritte, analytisch-kommunikative Phase dehnt sich aus, zunächst im Feedback (T) dann in der analytischen Arbeit, die sich nach S 9 fortsetzt, um hier zur vierten Phase mit einem Behaviourdrama zu führen, auf das ein „erweitertes Feedback“ gegeben wird. Aus diesem kommt dann das Material für ein gruppenzentriertes Psychodrama in S 10, das die Phasen d, k, a durchläuft und zur Aufarbeitung des Geschehens in k noch S 11—13 benötigt, die als analytisch orientierte Gruppensitzungen verlaufen, wobei in S 13 die aus S 10 austretende Phase v in einer psychodramatischen Übung mit Sensory-Awareness-Techniken geleitet wird (das Problem des Kontaktes und der Kommunikation der Gruppenmitglieder untereinander aus S 10 d, das in S 10 k schmerzlich offengelegt und in S 10 a, S 11—13 G bearbeitet wurde, findet, nachdem es die Gruppe emotional erfahren und rational beleuchtet hat, in dem Entschluß zu Kontakt- und Partnerübungen seinen verhaltensmodifikatorischen Ausdruck 13 v). Mit S 14 beginnt dann eine neue Einheit mit einem gruppengerichteten Prozeß, der sich in Ausdehnung von 14 a über 15 T, 16 GPT (P = Situationsspiel zur Verdeutlichung von G) und 17 T zu 18 GTP, wobei es in S 18 mit Pv zur Verhaltensänderung im Behaviourdrama kommt.

### *Therapeutische Komponenten in psychodramatischen Prozessen*

Das tetradische Psychodrama, wie wir es auf der Grundlage des klassischen Psychodramas entwickelt haben, strukturiert das therapeutische Vorgehen in der psychodramatischen Situation. Die Behandlung weist einen konsequenten Aufbau auf, der von der therapeutischen Logik (Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten, Verhaltensänderung) und Methodik (Diagnose, emotionale Erfahrung, rationale Einsicht, Neuorientierung) bestimmt ist. Durch eine derartige Strukturierung werden die therapeutischen Prozesse überschaubarer und die therapeutischen Instrumente gezielter einsetzbar. Die Verbindung der beiden so oft in Gegensatz gebrachten therapeutischen Ansätze, nämlich des analytischen



und des verhaltensmodifizierenden, ist zumindest in behandlungstechnischer Hinsicht durch die in jedem Psychodrama vorhandenen Komponenten selbst gegeben. Diese Verbindung — und dies sei betont — liegt im Bereich der therapeutischen Praxis und geht von der Prämisse aus, daß beide Ansätze für den Patienten hilfreich sind. Die Bewußtmachung verdrängter traumatischer Ereignisse durch psychoanalytisches Vorgehen stellt eine therapeutische Dimension dar, die Vermittlung von Einblick in das Zustandekommen und den Aufbau von Verhaltensmustern eine andere. Die deutende Offenlegung der Ursachen psychischer Störungen ist als ein wesentliches therapeutisches Agens zu betrachten und die Veränderung (modification) gestörten Verhaltens durch übendes Umlernen (training) als ein anderes. Beide Ansätze schließen sich in ihrer praktischen Applikation im Psychodrama — und sicher nicht nur in diesem — keineswegs grundsätzlich aus, mögen auch auf der theoretischen Ebene die Divergenzen noch erheblich sein. Dies muß auch für eine ganze Reihe anderer therapeutischer Komponenten, die in psychodramatischen Prozessen auftauchen und zum Teil einen recht unterschiedlichen theoretischen Hintergrund haben, gesagt werden. Ohne irgendeine Vollständigkeit zu beanspruchen, sei ganz kurz auf einige dieser Komponenten — weitere hat *Blatner* (1970) zusammengestellt — eingegangen.

#### *a) Symbolische Wunscherfüllung*

Obgleich die symbolische Wunscherfüllung letztlich zu den kathartischen Praktiken zu zählen ist, sei sie hier gesondert aufgeführt, da sie besonders bei den amerikanischen Psychodramatikern häufig verwendet und bestimmten psychodramatischen Techniken, etwa dem magic-shop (*Petzold*, 1971c) oft eingesetzt wird, insbesondere aber, weil sie mit dem Konzept *Morenos* von der psychodramatischen „surplus reality“ (1970) gut zu verbinden ist. Das Psychodrama erlaubt es nicht nur, in die Vergangenheit vorzudringen im Sinne einer Bestandsaufnahme realer lebensgeschichtlicher Situationen, sondern es ermöglicht auch deren Veränderung. So kann eine Szene, in der ein Kind Verlassensängste durchlebte, weil seine nachlässige Mutter wie so oft abends fortgegangen war, korrigierend wiederholt werden, dergestalt, daß die Mutter an das Bett des weinenden Kindes tritt und es tröstet. In anderen Szenen, etwa bei stark schuldhaft besetzter Elternproblematik, kann z. B. ein Gespräch mit dem verstorbenen Elternteil psychodramatisch inszeniert werden, indem Dinge gesagt werden, die immer unausgesprochen geblieben waren. Das kathartische Erlebnis in derartigen Szenen, die den irreversiblen Fakten etwas von ihrer Härte nehmen und sie besser ertragbar machen, läßt die Erfüllung von Wunschvorstellungen auf der Ebene der psychodramatischen surplus-reality therapeutisch außer-

ordentlich effektiv werden, wobei die Wunscherfüllung sich auch in Szenen vollziehen kann, die einen symbolischen Charakter haben und die eigentliche Situation über eine andere Ebene erreichen, wie es oft in der magic-shop-Technik (Petzold, 1971c) der Fall ist.

### *b) Die suggestive Einflußnahme*

Suggestive Einflußnahme findet in verschiedenen psychodramatischen Techniken Verwendung. Im direktiven Doppeln (Petzold, 1971a) wird unter verbalsuggestiver Einflußnahme nach einem klar konzipierten therapeutischen Plan der Patient in Richtung seines Konfliktes geführt. Auch ein persuasives Doppeln während eines Selbstgespräches bzw. Monologs (soliloquy) impliziert suggestive Komponenten, ebenso wie die „Wiegenszene“ (Blatner, 1970), in der der auf dem Boden liegenden Gruppe suggeriert wird, daß man wieder ein Baby in der Wiege sei, das von der Mutter umsorgt und gestreichelt wird — eine Technik, die durch Auslösen tiefer Regressionen ein vorzügliches warm up für Psychodramen mit Problematik aus der frühen Kindheit darstellt. Die vielfältigen Imaginationstechniken vom leeren Stuhl (Lippit, 1959) über die katathyme Szene (Petzold, 1971a) und die verschiedenen fantasy exercises (Fine, 1970) verwenden suggestive Einflußnahme, die bis zum Hypnodrama (Moreno, 1951; Enneis, 1951; Naruse, 1959; Krojanke, 1963; Greenberg, 1972; Petzold, 1972) vertieft werden kann. In der klassischen Form des Hypnodramas befindet sich ein Protagonist unter Hypnose, wohingegen in der von uns und Greenberg praktizierten Verfahrensweise die gesamte Gruppe unter Hypnose steht und agiert. Das Verfahren hat sich zur Überwindung von Widerständen und bei schwer gehemmten Patienten bewährt. Greenberg berichtet über die Zunahme der Einfühlungs- und Perzeptionsfähigkeit bei den Mitspielern.

### *c) Stärkung des Körperbewußtseins*

Bei vielen Formen psychischer Erkrankungen ist das Verhältnis der Patienten zum eigenen Körper gestört. Das Psychodrama als eine Methode, die nicht nur verbalen Ausdruck verlangt, sondern Mimik und Gestik, Berührung und Bewegung inkorporiert, bietet vielfache Möglichkeiten, die Fähigkeiten zu körperlichem Ausdruck zu schulen und sich der Wahrnehmung der Körpersinne (sensory awareness, Gunther, 1968) bewußter zu werden. Die Techniken der Pantomime (Horetzki, 1965), der Psychogymnastik (Junova, Knobloch, 1966) der „totalen Gymnastik“ (Berger, 1971; Petzold, Sieper, Berger, 1971), des Psychotanzes und der expression corporelle (Fine, 1963; Dropsy, Sheleen, 1969; Petzold, Vogler-Tarach, 1972) sind sowohl in der Warm-up-Phase des Psychodramas als auch im Handlungsteil mit guten Ergebnissen ein-

zusetzen. Sie bewirken eine allgemeine Lockerung, bringen sehr oft projektives Material, überwinden Verbalisierungsschwierigkeiten und schaffen ein neues Verhältnis zum eigenen Körper und zum Körper des anderen. Die vorwiegend nonverbale Schulung der Kommunikationsfähigkeit durch die Entwicklung der Sprache des Körpers (*body language*, *Fast*, 1970) bereitet eine adäquate verbale Interaktion vor. Wie im Psychodrama überhaupt kann man besonders bei den genannten den körperlichen Ausdruck involvierenden Techniken sowohl direktiv als auch nondirektiv (*Goodmann*, 1966), verbal und nonverbal (*Fine*, 1970) vorgehen.

#### *d) Förderung der Rollenflexibilität und Erweiterung des Rollenrepertoires durch Spontaneitätstraining*

Die Einschränkung des Rollenrepertoires ist für die Mehrzahl neurotischer Erkrankungen charakteristisch. Hinzu kommt in der Regel die Fixierung auf bestimmte Rollen und die mit ihnen verbundenen Verhaltensmuster, wie es etwa beim Zwangsneurotiker besonders deutlich wird (*Straub*, 1969, 1971). Der Erweiterung des Rollenrepertoires und der Schulung der Rollenflexibilität kommt deshalb wesentlich therapeutische Bedeutung zu. Die Fähigkeit, Rollen zu übernehmen (*role taking*, *Mead*, 1934) und zu handhaben (*role playing*, *Moreno*, 1959) hängt mit der Aktualisierung des spontanen Potentials des Menschen zusammen, die durch übendes und spontanes Rollenspiel geleistet wird. Die Übernahme von Rollen, die vom Therapeuten oder aus einer Spielsituation vorgegeben sind, mobilisiert nicht nur die Fähigkeit der Einfühlung, der Selbst- und Fremdwahrnehmung, sondern gibt der Möglichkeit Raum, daß die Perzeptionen Inhalt und Gestalt gewinnen. Das Feedback der Gruppe setzt bei Rollenversagen oder inadäquatem Spiel die Korrektive. Sie werden verbal oder psychodramatisch, etwa durch ein *behind-your-back* (*Corsini*, 1953; *Petzold*, 1970), durch den Spiegel (*Moreno*, 1948; *Petzold*, 1970) o. a. gegeben. Das Training der Rollenflexibilität erfolgt besonders im Rollentausch, der im Spiel oft unvermittelt an den Mitspieler herangetragen wird und das Einfinden in eine neue Rolle unmittelbar verlangt. Es wird auf diese Weise möglich, ganz im Sinne der Definition der Spontaneität von *Moreno*, auf eine alte Situation neu und auf eine neue adäquat zu reagieren. Der besondere therapeutische Wert liegt dabei nicht nur in der Erfahrung und Erkenntnis des eigenen Rollenkonzeptes, sondern im Erkennen der eigenen Rollenerwartung (*role expectancy*, *Weiner* und *Knepler*, 1971), in der Analyse seines Rollenversagens (*role deficiency*) und in der systematischen Erweiterung seiner eigenen Rollenmöglichkeiten (*role creation*).

Neben den aufgeführten therapeutischen Komponenten sind im psychodramatischen Prozeß sicherlich noch andere Variablen effizient, die

zum Teil schon beschrieben wurden (*Blatner, 1970; Greenberg, 1968*), oder noch näher untersucht werden müssen, wobei man nicht umhin kann, festzustellen, daß wissenschaftlich exakt gearbeitete Untersuchungen, die auf eine entsprechend breite Basis gestellt sind, bei weitem noch nicht in so ausreichender Zahl vorliegen, daß relevante Aussagen über die Spezifika der einzelnen therapeutisch wirksamen Faktoren gemacht werden könnten.

Das Psychodrama in seiner klassischen, triadischen und tetradischen Form beansprucht nicht, divergente anthropologische und therapeutische Theorien zu harmonisieren, sondern verbindet therapeutisch wirksame Praktiken miteinander, und zwar zunächst nicht aus einem pragmatischen Eklektizismus heraus, sondern aufgrund der vielschichtigen Faktoren, die dem spontanen Spiel inhärent sind. Bei einer Untersuchung der therapeutisch wirksamen Faktoren in der analytisch oder wie auch immer orientierten Spieltherapie bei Kindern wird man in gleicher Weise tiefenpsychologische, lerntheoretische und sozialpsychologische Theoreme finden, wobei man auch hier noch weit davon entfernt ist, die Frage nach der Wertigkeit der einzelnen therapeutischen Komponenten beantworten zu können, zumal dabei noch das Problem der individuellen Ansprechbarkeit eine Rolle spielt. Auf der anderen Seite werden natürlich auch im Psychodrama Techniken inkorporiert, die aus anderen Formen der Therapie entlehnt sind. In der Regel greifen sie schon im Spiel vorhandene Komponenten auf. In diesem Zusammenhang müssen wir *Sarason und Ganzer (1968)* in ihrer pragmatischen Haltung zustimmen, wenn sie als das wesentlichste Kriterium für die Wahl und Applikation therapeutischer Techniken das Wohl und die Erfordernisse der Patienten ansehen: „In a sense, psychologists cannot develop new techniques and approaches for use with troubled people and keep them exclusively for their own use. Anything good that they come up with will be borrowed, plagiarized, or stolen. To this we say: Fine!“

Technische Innovationen oder Entlehnungen aus anderen therapeutischen Schulen haben ihren Verfechtern immer die Skepsis und die Angriffe des eigenen Lagers eingetragen, auch wenn die theoretischen Konzepte davon unberührt blieben. Für die Psychoanalyse sei auf das Beispiel *Ferenczis (Balint, 1933; Brome, 1968)* verwiesen, für die Verhaltenstherapie auf *Lazarus (1967)*, der mit seinem Plädoyer für ein „breites Spektrum“ therapeutischer Techniken sich die Kritik der Puristen eingehandelt hat. Wir sehen aber gerade das Psychodrama als eine Methode der Therapie an, die von ihrer Anlage her einengendem und den therapeutischen Fortschritt hinderndem Purismus keine Chance gibt. Für den Psychodramatherapeuten gilt, was *Ramsey (1971)* für den Verhaltenstherapeuten postuliert: „He will have to look closely at all possible techniques in the field ... test out new combinations of old

techniques, and devise new and more efficient ways of working“, denn nur ein breites Spektrum erlaubt ein breites Feld des Einsatzes, und ein solches ist nicht nur im Hinblick auf die vielfachen Erfordernisse notwendig, die mit den unterschiedlichen Aufgaben an den Psychotherapeuten herangetragen werden (Behandlung von Neurotikern, Psychotikern, Süchtigen, Defekten etc.), sondern auch im Hinblick auf die viel zu wenig beachtete Tatsache, daß eine psychische Störung sich nicht nur in einem Bereich der Persönlichkeit auswirkt, sondern immer eine Störung der Gesamtpersönlichkeit ist, daß einem psychopathologischen Erscheinungsbild immer vielfache pathogene Faktoren zugrundeliegen, und daß die Behandlung deshalb immer eine multifaktorielle und multidimensionale sein muß. Von der Frage nach dem theoretischen Konzept werden wir durch die Probleme, die multidimensionale und multifaktorielle Therapieformen wie z. B. das Psychodrama, die art therapy, die Spiel- und Gruppenpsychotherapie aufwerfen, nicht entbunden, sie stellt sich vielmehr als Aufgabe, die mit wissenschaftlicher Genauigkeit angegangen werden muß, wobei von der Natur der Sache her jeglicher theoretische Purismus von vornherein ausgeschlossen ist. Die zentrale Aufgabe der therapeutischen Theorie und Praxis ist die Verpflichtung zu ständigem Weiterforschen und zur kritischen Überprüfung von bereits vorhandenen Theorien und Ergebnissen.

### *Bedingtheitsanalyse und persönliche Freiheit*

Abschließend einige Bemerkungen zu unserer Auffassung der therapeutischen Arbeit mit dem Psychodrama: Es ist das Problem der meisten psychotherapeutischen Schulen, daß sie in ihrer Anthropologie und Neurosenlehre Konzepte inkorporieren, die wissenschaftlich nicht verifizierbar sind, sondern einen weltanschaulichen oder ideologischen Charakter haben. Wir glauben, daß diese Schwierigkeit sich in der Axiomatik aller Systeme der philosophischen Anthropologie findet; denn die naturwissenschaftlich überprüften Axiome — etwa die des Behaviourismus oder der reflexologisch orientierten Psychologie — reichen allein nicht aus, um ein umfassendes Menschenbild zu entwickeln, in dem den somatischen, seelischen, geistigen, sozialen und kulturellen Aspekten in ausreichender Weise Rechnung getragen wird. Dieser weltanschauliche Hintergrund der therapeutischen Theorien schafft Werte und Normen, die in der Behandlungsmethode zum Tragen kommen und an die sich der Patient anzupassen hat. Er wird auf diese Weise im Verlaufe der Therapie nach dem *Freudschen*, *Jungschen*, *Franklschen*, *Morenoschen* usw. Menschenbild gestaltet. Wir sind uns bewußt, daß es eine wertfreie Psychotherapie wohl nie geben wird; daß das Problem der Normen und der Anpassung sich immer stellen wird — auch für die vom individuellen Wertsystem des Therapeuten weitgehend befreite Verhaltenstherapie.

Aber gerade deswegen erscheint es uns um so notwendiger, daß der Therapeut sich seiner eigenen Normen und anthropologischen Prämissen kritisch bewußt ist und sie — soweit sie den therapeutischen Prozeß betreffen — auch mit dem Patienten zu einem geeigneten Zeitpunkt der Behandlung reflektiert.

Das Psychodrama, so wie wir es verstehen und zu verwenden suchen, hat als wesentlichstes therapeutisches Ziel die Freiheit und Autonomie der Persönlichkeit im Auge. Dabei fassen wir dieses Objektive nicht als statische Zielsetzung auf, sondern als Aufgabe, als Prozeß. Autonomie ist ein Prozeß, in dem das Individuum Zeit seines Lebens steht. Sie wird nicht ein für alle Male gewonnen, sondern sie wächst beständig, sie muß verteidigt werden und zuweilen Einbußen hinnehmen. In gleicher Weise ist Freiheit nicht Ziel, sondern eine Aufgabe, die sich als ständige Befreiung des Menschen von den Bedingtheiten der Lebens- und Lerngeschichte, den soziokulturellen Determinierungen zu seiner eigenen Form und Gestalt darstellt. Mit dem szenischen Spiel und der Psychodramabühne wollen wir dem Patienten ein Instrument und einen Raum zur Verfügung stellen, in dem er mit sich selbst experimentieren kann, in dem er seine Vergangenheit durchschauen, seine Gegenwart leben und seine Potentiale erproben und erweitern kann. Wenn *Moreno* (1959) das Psychodrama als „Instrument zur Erforschung der Wahrheit“ bezeichnet, so ist damit ähnliches ausgesagt.

Das Psychodrama als Methode, die dem Individuum im Prozeß der Selbstfindung und Selbstverwirklichung eine Hilfe bietet, hat instrumentalischen Charakter. Es ist den jeweiligen individuellen Erfordernissen angepaßt und nur mit wenigen, klar überschaubaren Zielvorstellungen verbunden: spontanes Verhalten, situationsadäquates Reagieren, Autonomie und persönliche Freiheit.

Die anthropologischen Konzepte *Morenos* vom „spontaneous man“ (1956) und vom „cosmic man“ (1971) kommen hier ebenso zum Tragen wie die Gedanken von *Fritz Perls* vom „man who has come to his senses — who got in touch with himself“ (*Perls*, 1970), ohne daß damit verfestigte Normen aufgestellt werden sollen. Um zu sich selbst zu finden und sich selbst zu verwirklichen, muß man um die determinierenden Faktoren seines Lebens wissen, die traumatisierenden, aber auch die positiven Einwirkungen kennen (*Otto*, 1970). Wir versuchen dieses Wissen durch einen Prozeß zu vermitteln, den wir als „Bedingtheitsanalyse“ bezeichnet haben. In der therapeutischen Situation lernt der Patient die Bedingtheiten seiner Verhaltens- und Reaktionsweisen, seiner Anschauungen und Wertvorstellungen zu überschauen. Das Psychodrama, die Gestalttherapie, komplexe katathyme Wahrnehmung, Kreativitätstherapie (*Petzold*, 1972a, b) und andere Methoden dienen uns hierzu als Instrument. Durch eine szenische Bestandsaufnahme der Lebenssituationen wird

eine existentielle Klarstellung erreicht, indem der Patient die für seine Persönlichkeit prägenden Situationen noch einmal durchlebt, sie in ihrem emotionalen Gehalt erfährt und die Mechanismen ihres Zustandekommens und ihrer Auswirkung rational erfaßt. In diesem Prozeß lernt er seine psychosomatischen Vorgegebenheiten sehen und akzeptieren, die Faktoren also, die direkt nicht zu ändern sind (Körpergestalt, Aussehen, besondere Fähigkeiten und Begabungen, etwaige Schäden und Mängel). Dem Patienten werden darüberhinaus die bedingenden Faktoren in seinem Elternhaus, in der Schule, in seinem Lebensraum, kurz in seinem soziokulturellen Umfeld transparent. Er vermag Bezüge zwischen Situationen der Vergangenheit und der Gegenwart herzustellen. Dabei gehen wir in erster Linie davon aus, was in den vergangenen Situationen klar ersichtlich und dem Patienten selbst erkenntlich ist. Interpretationen haben hier nur Raum, wenn sie situationsbezogen sind, jeglicher Ambiguität entbehren und ohne komplizierte theoretische Konstrukte dem Patienten einsichtig werden, nur so sind Deutung und Feedback hilfreich.

Die Bedingtheitsanalyse schafft für den Patienten eine Situation, in der er seine Werte, Anschauungen und Verhaltensweisen überprüft, in Frage stellt, und dann in einem Prozeß der Neuorientierung sich entscheidet, was er annehmen, abweisen oder ändern will. Nach unserer Auffassung kann man sich zu einer Haltung nur frei entscheiden, wenn man über ihr Zustandekommen im klaren ist, wobei den emotionalen Strebungen genauso Rechnung getragen werden muß wie der rationalen Transparenz; denn mit einer rein intellektuellen Analyse ist nichts gewonnen.

Die Bedingtheitsanalyse, wie wir sie mit dem Psychodrama und verwandten Methoden durchführen, kann und will dem Patienten keine vorgefertigten ideologischen Modelle für die Gestaltung und Bewältigung seines Lebens, für seine Haltung und Einstellung zu religiösen, politischen und sozialen Fragen geben. Sie will ihn vielmehr in die Lage versetzen, Situationen zu durchschauen und zu beurteilen, die Bedingtheiten in seinem subjektiven Urteil zu erkennen — um sie zu bejahen, zu verneinen oder zu ändern — und die bedingenden Faktoren in neuen Situationen zu sehen. Nur auf diese Weise wird es ihm möglich, adäquat, d. h. der Situation und seiner eigenen Struktur entsprechend, zu reagieren, ohne von sinnlosen Konventionen, begrenzenden Normen, gesellschaftlichen Zwängen eingeengt und neurotisiert zu werden.

Die individuelle Freiheit und die Autonomie der Persönlichkeit als therapeutisches Ziel par excellence kann nicht auf die therapeutische Situation begrenzt bleiben. In ihr werden lediglich Anfänge gesetzt, Anstöße gegeben, Teilziele erreicht, als deren wesentlichstes Ergebnis wir den Moment ansehen, in dem der Patient erkennt, daß Freiheit per-



manente Aufgabe ist und daß Autonomie sich im Prozeß der beständigen Selbstbefreiung von den Bedingtheiten der persönlichen, gesellschaftlichen und kulturellen Vergangenheit und Gegenwart verwirklicht und erweist.

*The Diagnostic and Therapeutic Possibilities of Psychodrama in the „Tetradic System“*

Hilarion Petzold

Psychodrama as it has been practiced by *Moreno* and his pupils for nearly fifty years is a complex method with a multitude of therapeutic variables, which are up to now not yet sufficiently explored. In this study the attempt is made to analyze and structure the psychodramatic process in order to describe some components that seem to be of therapeutic effect. The „triadic concept“ of *Moreno* and of the French School combining psychodrama, group dynamics, and analytic group psychotherapy (*Schützenberger*, 1968) has been enlarged by the concept of „behaviourdrama“ (*Petzold*, 1971). The „tetradic system“ that tries to combine concepts of psychoanalysis and learning theory, is structured in four phases:

1. The diagnostic-anamnestic phase is used as a projective test which is guiding the therapist to the areas of conflict. In a sort of focussed analysis the therapist approaches the center of the conflict scene by scene from peripheral events. Moreover it can serve for behaviour analysis (*Kanfer, Phillips*, 1971).

2. In the second phase the conflict is „acted out“ in order to obtain a catharsis for the protagonist. The traumatic events are enacted again in the „surplus reality“ of psychodrama. They convey on emotional experiences that enables the patient to see his situation out of a certain distance and to handle it.

3. In the third phase the members of the group share their experiences with the protagonist. By communication of feelings and personal memories the protagonist receives emotional support from the group. Analysis and interpretation of the preceding scenes aim to rational insight.

4. In the fourth phase the conclusions are drawn out of the preceding phases in order to modify undesired behaviour or to build up new behavioural patterns. This task is accomplished by behaviourdrama (*Petzold*, 1971), i. e. roleplaying that applies the principles of learning theory.

## Literatur

- Anzieu, D. (1956): *Le psychodrame analytique chez l'enfant* (Paris)
- Balint, M. (1957): *Problems of Human Pleasure and Behaviour* (London)
- Berger, A. (1971): Relaxative Organgymnastik und psychologische Gruppenarbeit im System einer „totalen Gymnastik“ nach H. Petzold. In: *Atem und Mensch* (3) 4
- Blatner, H. (1970): *Psychodrama, Roleplaying and Action Methods: Theory and Practice* (Norfolk)
- Brome, V. (1968): *Freud and his Early Circle* (New York)
- Brook, P. (1970): *Der leere Raum, Möglichkeiten des heutigen Theaters* (Hamburg)
- Buxbaum, H. (1971): Die Vergegenwärtigung frühkindlicher verdrängter Erlebnisse als psychodramatisches Phänomen. Vortrag gehalten auf der Jahrestagung des DAGG, Göttingen 4. Okt. 1971
- Corsini, R. (1953): The Behind-your-back Technique in Psychodrama. In: *Group Psychother.* (4) 321
- (1966): *Roleplaying in Psychotherapy* (Chicago)
- Cornylet, P. (1945): The Warming up Gross of an Audience. In: *Sociometry* (8) 218
- Dropsy, J.; Sheleen, L. (1969/70): Expression corporelle et relations humaines. In: *Bull. Psychol.* (13/16) 750
- Enneis, J. M. (1950): The Hypnodramatic Technique. In: *Group Psychother.* (3) 11
- Fast, J. (1970) *Body Language* (Lippincott)
- Fine, L. J. (1970): Nonverbal Aspects of Psychodrama. In: Blatner, H. (1970): *Psychodrama, Roleplaying and Action Methods: Theory and Practice*, aaO.
- Fine, R. (1962): Psychodance. In: *Group Psychother.* (15) 203
- Goodman, J. M. (1962): Nondirective Psychodramatic Play Therapy. In: *Am. J. Orthopsychiat.* (32) 532
- Greenberg, I. (1968): *Psychodrama and Audience Attitude Change* (Beverly Hills)
- Gunther, B. (1969): *Sense Relaxation, Below your Mind* (New York 1968; dtsch. Bärmeyer & Nickel)
- Horetzki, O. (1965): Die Pantomime als Methode der Gruppenpsychotherapie. In: *Z. Psychother. med. Psychol.* (15) 130
- Junuva, H.; Knobloch, F. (1966): Psychogymnastik als eine Methode der Psychotherapie. In: *Praxis Psychother.* (11)
- Kanfer, F. H.; Phillips, J. S. (1970): *Learning Foundations of Behaviour Therapy* (New York)
- Kole, D. (1967): Spectrogram in Psychodrama. In: *Group Psychother.* (20) 53
- Krojanker, R. (1963): Some new Techniques in Psychodrama and Hypnodrama. In: *Arquivos de Criminologia, Neuro-Psiquiatria y Disisas Connexas*. Quito, Ecuador (11) 411
- Lebovici, S. (1972): Das psychoanalytische Psychodrama. In: Petzold, Hrsg. (1972) aaO.
- ; Diatkine, R.; Kestemberg, E. (1969/70): Bilance de dix ans de therapeutique par le psychodrama, chez l'enfant et l'adolescent. In: *Bull. Psychol.* (23) 13/16, 839
- Lemay, M. (1969/70): Réflexions sur le psychodrame triadique avec enfants et adolescents. In: *Bull. Psychol.* (23) 13/16, 884
- Lemoine, P.; Lemoine, G. (1969/70): L'Oedipe et ses repères en psychodrame. In: *Bull. Psychol.* (23) 13/16, 904
- Leutz, G. A. (1967): Vom kindlichen Spiel zum Psychodrama. In: *Schweizer Theater-Jahrbuch* (33)
- Das Psychodrama Morenos, eine Form der Gruppenpsychotherapie. In: Franzke, E. (1970): *Vidareutbildningskurs i psykiatri*. (Växjö)
- Lippit, R. (1958): The „Auxiliar Chair“ Technique. In: *Group Psychother.* (11) 8
- Mead, G. H. (1934): *Mind, Self and Society* (Chicago)
- Moreno, J. L. (1970): *Das Stegreiftheater* (Potsdam 1923, Beacon 1970)
- (1959): *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama* (Stuttgart)
- (1969/70): *Psychodrama* (vol. I, II, III, Beacon, N. Y.)
- (1963): *Behaviour Therapy*. In: *Amer. J. Psychiat.* (120)
- Moreno, Z. (1948): The Double Situation in Psychodrama. In: *Sociatry* (1) 436
- (1971): Beyond Aristotle, Breuer and Freud: Moreno's Contribution to the Concept of Catharsis. In: *Group Psychother.* (1/2) 34

- Naruse, G.* (1959): Recent Development of Psychodrama and Hypnodrama in Japan. In: *Group Psychother.* (12) 258
- Otto, H.* (1970): *Group Methods to Actualize Human Potential* (Beverly Hills)
- Perls, F.* (1970): *Gestalt Therapy Verbatim* (Lafayette)
- (1969): *In and Out the Gabarge Pail* (Lafayette)
- Petzold, H.* (1970a): Some Important Techniques of Psychodrama. In: *Vidareutbildingskurs i psykiatri*, Hrsg. *E. Franzke* (Växjö: Sigfrids Sjukhus)
- (1970b): Psychodramatische Techniken in der Therapie mit Alkoholikern. In: *Z. prakt. Psychol.* (8) 387—408
- (1970c): Bibliographie zur Gruppentherapie und zum Psychodrama. In: *Z. prakt. Psychol.* (8) 454—474
- (1971a): Einige wichtige psychodramatische Initial-, Handlungs- und Abschlußtechniken. In: *Z. Psychother. med. Psychol.* (6) 209—227
- (1971c): Die therapeutischen Möglichkeiten der psychodramatischen „Magic-shop-Technik“. In: *Z. klin. Psychother.* (4) 354—369
- (1971d): Moderne Methoden psychologischer Gruppenarbeit in der Erwachsenenbildung. Referat auf der Jahrestagung des DAGG, Göttingen, 7.-9.10.1971. In: *Erwachsenenbildung* (3) 160—178
- (1971e): Die Vierstufentherapie in der Behandlung drogenabhängiger Jugendlicher: Gestalttherapie, Symboldrama, Psychodrama, Behaviourdrama. Referat auf der Jahrestagung des DAGG, Göttingen, 7.-9.10.1971. In: *I. Buck* (1972): *Trug der Drogen* (Zürich)
- (1971f): Psychodramatisch gelenkte Aggression in der Therapie mit Alkoholikern. In: *Gruppenpsychother. und Gruppendyn.* (IV) 3, 268—281
- (1971g): Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen. In: *Birdwood G.* (1971): *Willige Opfer, Rauschgiftfibel für Eltern und Erzieher* (Rosenheimer Verlagshaus)
- (1971h): Das Psychodrama als Instrument der Pastoraltherapie, der religiösen Selbsterfahrung und der Seelsorge. Referat auf der Tagung „Moderne Seelsorge“ Berlin 1971. In: *„Wege zum Menschen“* (2/3) 41—56
- Hrsg. (1971i): *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft* (Paderborn: Junfermann)
- (1971j): Triadisches Psychodrama in der Erwachsenenbildung. In: *Volkshochschule im Westen* (3) 129—132
- (1971k): Behaviourdrama, eine verhaltenstherapeutische Variante des Psychodramas. Referat auf der ersten Tagung der Europäischen Gesellschaft für die Modifikation und Therapie des Verhaltens, München 20.-23. Juli.
- (1971l): Chemische Aversionskonditionierung, nondirektive Gruppenpsychotherapie, Gruppenhypnose, klassisches und tetradisches Psychodrama in der Behandlung von Alkoholikern, — ein Methodenvergleich. Referat auf dem VI. Int. Kongr. f. Psychodrama und Soziodrama, Amsterdam 22.-26. Aug. 1971
- (1971m): La méthode spectométrique en psychodrame, dynamique des groupes et psychothérapie des groupes. In: *Folia Psychodramatica* (3) 65—73
- (1971n): Situationsanalyse und intensiviertes Rollenspiel in der Industrie. In: *Petzold, H.*, Hrsg. (1971i) aaO.
- Hrsg. (1972a): *Psychologische Gruppenarbeit in der Erwachsenenbildung* (Paderborn: Junfermann)
- (1972b): Spektometrisches Diagramm und Behaviourdrama. In: *Psychologie und Praxis* (3)
- (1972c): Komplexes Kreativitätstraining mit Vorschulkindern. In: *Schule und Psychologie* (3)
- ; *Sieper, J.* (1970): Psychodrama in der Erwachsenenbildung. In: *Z. prakt. Psychol.* (8) 429—447
- ; *Osterhues, U.* (1971): Zur verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter katathymen Imagination und Behaviourdrama in einem Lebenshilfezentrum. In: *Petzold, H.*, Hrsg. (1971i) aaO.
- ; *Iljine, V.*; *Schmidt, I.* (1972): Didaktisches „Théâtre permanent“ in der Erwachsenenbildung. In: *Volkshochschule im Westen* Jg. 1972
- ; *Iljine, V.*; *Zenkowsky, B.* (1971): Didaktisches Theater in der schulischen Erziehung. In: *Petzold, H.*, Hrsg. (1971i) aaO.

- ; *Leutz, G. A.* (1972): Psychodrama — Theorie und Praxis, ein Handbuch (Heidelberg: Springer)
- ; *Sieper, J.; Berger, A.* (1972): „Totale Gymnastik“ durch relaxative Organübung, expression corporelle und psychologische Gruppenarbeit. In: *Z. prakt. Psychol.* (10)
- ; *Sieper, J.* (1971): Die spektometrische Methode in der Psychotherapie und der psychologischen Gruppenarbeit. Referat auf der Jahrestagung des DAGG, Okt. 71, Göttingen
- ; *Geibel, Ch.* (1971): Psychodrama und Puppenspiel in der vorschulischen Erziehung. In: *Petzold, H.*, Hrsg. (1971i) aaO.
- ; *Schulwitz, I.* (1971): Tetradisches Psychodrama in der Schulklasse. In: *Petzold H.*, Hrsg. (1971i) aaO.
- Pörtner P.* (1971): Moreno und das moderne Theater. In: *Petzold, H.*, Hrsg. (1971i) aaO.
- Rogers, C.* (1951): Client-Centered Therapy (Boston)
- Salter, A.* (1950): Conditioned Reflex Therapy (New York)
- Sarro, R.* (1971): Das Wesen des Psychodramas. In: *Petzold, H.*, Hrsg. (1971i) aaO.
- Schützenberger, A.* (1968): Tetradisches Psychodrama. In: *Folia Psychodramatica* (1)
- (1970): Précis de Psychodrame (Paris)
- Straub, H.* (1969): Erfahrungen mit psychodramatischer Behandlung von Zwangsneurosen. In: *Z. Psychother. med. Psychol.* (19) 192
- (1971): Theoretische Anmerkungen zur psychodramatischen Behandlung von Phobien, Zwangsneurosen und anderen psychischen Störungen. In: *Petzold, H.*, Hrsg. (1971i) aaO.
- Sturm, I. E.* (1965): The Behaviouristic Aspect of Psychodrama. In: *Group Psychotherapy* (18)
- Weiner, H.; Knepler, F.* (1971): Rollentheorie und Rollenspiel. In: *Petzold, H.*, Hrsg. (1971i) aaO.
- Wolpe, J.* (1969): The Practice of Behaviour Therapy (Oxford)
- ; *Lazarus, A.* (1966): Behaviour Therapy Techniques (Oxford)
- Yablonski, L.; Enneis, J.* (1969/70): Theorie et Pratique de Psychodrame. In: *Bull. Psychol.* (23) 13/16, 765
- Yates, A. J.* (1970): Behaviour Therapy (New York)

Adresse des Autors:

Prof. Dr. Hilarion Petzold

Institut St. Denys, Paris

78 Rambouillet, 2 Place Jeanne d'Arc

4041 Büttgen-Vorst, Schiefbahner Str. 28

## Buchbesprechungen/*Book Reviews*

Günter Ammon, Hrsg.

*Gruppenpsychotherapie — Beiträge zur Theorie und Technik der Schulen einer psychoanalytischen Gruppentherapie*

Hoffmann & Campe, Hamburg, 1973, 393 Seiten, DM 29,50

Dieser außerordentlich wichtige, neunzehn Kapitel umfassende Band gibt einen gründlichen Überblick über Probleme, Prozesse und über die Praxis der Gruppenpsychotherapie. Mit Ausnahme zweier Arbeiten, die der grundlegenden Handhabung gewidmet sind, enthält er Beiträge über die verschiedenen Formen psychoanalytischer Gruppenpsychotherapie.

Der Autor stellt in seinem Vorwort den Bezug zwischen den verschiedenen Arbeiten her und läßt sein eigenes theoretisches Konzept in mehreren Kapiteln folgen: Psychodynamische Prozesse definiert er als interpersonale Prozesse in Form einer Feldtheorie der Kräfte und kausalen Interaktionen. Darauf bezugnehmend beschreibt er das Konzept der Gruppenpsychotherapie als einer „Netzwerk-Therapie“.

In der Gruppe zeigen sich komplexe dynamische Faktoren in der Interaktion von multilateralen Übertragungsphänomenen, die wiederum verflochten sind mit realen Konfliktsituationen. Obgleich fest verankert in der psychoanalytischen Ich-Psychologie sieht er psychoanalytische Gruppentherapie als eine „Gestalt“, die mehr ist als die Summe ihrer Mitglieder und die dabei neue grundlegende Aspekte aufzeigen kann.

Die drei Kapitel des ersten Teils geben einen historischen Überblick: *Margaret J. Rioch* bringt eine gründliche Einführung in das Werk *Bions*. Teil II enthält Beiträge von solchen Pionieren der psychoanalytischen Psychotherapie wie *James Anthony*, *Henriette Glatzer* und *Saul Scheidlinger*. *Glatzer* mit einer sehr einleuchtenden Diskussion über die Übertragung in der Gruppe und *Scheidlinger* mit einer Klärung des Konzeptes der Regression in der Gruppentherapie.

Teil III geht auf die verschiedenen Behandlungstechniken ein. *Foulkes* ist einer der hier angeführten Pioniere, *Nathan Ackerman* ein anderer. Die Mehrzahl der Autoren sind Amerikaner — neben einigen englischen —, wie es das Anliegen des Herausgebers ist, die grundlegenden Entwicklungen in diesen beiden Ländern dem deutschen Leser nahezubringen. Einige der Mitarbeiter, wie auch der Herausgeber, sind mit ihrer wissenschaftlichen Arbeit in Deutschland und in den USA oder Großbritannien verwurzelt. Unter den europäischen Autoren haben zwei Ungarn — *Hidas* und *Buda* — einen besonders interessanten Beitrag geleistet, indem sie auf eine erweiterte Möglichkeit, psychodynamische Probleme in der Gruppe zu lösen, hingewiesen haben, was als Variante der Kreativität diskutiert wird.

Dieser Band gibt einen umfassenden Überblick über die neuesten und besten Ansätze und Entwicklungen der Gruppenpsychotherapie und regt zu neuen Gedanken hinsichtlich der Theorie und klinischen Technik an. Es ist ein sehr wertvolles Buch, das jetzt auf der anderen Seite des Ozeans zu haben ist.

*Leopold Bellak* (Larchmont/N. Y.)

*Leopold Bellak*

*The Porcupine Dilemma — Reflections on the Human Condition*

The Citadel Press, New York 1970, 170 Seiten, 5,95 \$

Das Dilemma der Stachelschweine besteht bekanntlich darin, daß sie sich wegen ihrer Stacheln nicht zu nahe kommen können, noch um ein Minimum gegenseitiger Wärme zu garantieren, zu weit voneinander abrücken dürfen. Ausgehend von der *Schopenhauerschen* Parabel konstruiert *Bellak*, mit einer Persiflage auf modernes sozialwissenschaftliches Denken, den sogenannten Stachelschweinquotienten und untersucht die Fragen, wie weit wir uns in dieser Gesellschaft nahe kommen können, ohne einander zu belästigen und wie weit wir von einander abrücken dürfen, ohne uns zu isolieren. In diesem Feld zwischen den Stacheln beschreibt *Bellak* eine Fülle sozialer Phänomene, individueller Abwehrtechniken und versieht den Leser mit dem notwendigen Vokabular.

*Bellak* begreift den Stachelschweinquotienten, der mathematisch ausgedrückt der Quotient von Stimulusfrequenz, -stärke und -dauer ist, als den qualitativen Ausdruck der eigenen persönlichen Anpassung an die Gesellschaft, die das Individuum mit einem maximalen Stachel-Input zu überwältigen droht. Angestrebt wird das Minimum schmerzhafter Interaktion; anders ausgedrückt, der optimale Stachelschweinquotient, der das Optimum an individueller Glückseligkeit in dieser Gesellschaft garantiert.

*Bellak* sieht eine quantitative Zunahme sozialen Kontaktes seit der Jahrhundertwende, bedingt durch vermehrte Interaktionen durch die Entwicklung der Verkehrsmittel, der Massenmedien, der wachsenden ökonomischen und politischen Verflechtungen. Er spricht von der grundlegenden Unpersönlichkeit der organisierten Gesellschaft, von einer Abnahme von Intensität und Qualität des Kontaktes. Wir leben in einer Welt von Stachelschweinen, mit der wir fertig werden müssen.

Sozialökologisch gesehen besteht nach *Bellak* im Leben vieles darin, die Wärme der menschlichen Umgebung gemäß dem individuellen Stachelschweinquotienten innerhalb verschiedener Milieus zu regulieren. Dieser wird von dem Individuum im Laufe seiner Entwicklung erworben und ist daher mit unterschiedlichen sozialen Regulationstechniken verbunden.

Einen kollektiven Versuch, mit diesem Dilemma der begrenzten Intensität menschlichen Kontaktes heute fertig zu werden, sieht *Bellak* in der Jugendrevolte, in der Hippiebewegung, im Aufsuchen von Kommunen

und in allen Arten von Gruppen, die versuchen, Kontakt direkt herzustellen, sei es durch gemeinsame emotionale Erfahrung, durch Anfassen, Nacktheit. Letzteres falle in den Bereich magischer Techniken und sei so dem Handauflegen vergleichbar. *Bellak* spricht diesen Gruppen zu, daß sie es fertig bringen, liebevoller neben-, aber nicht miteinander zu leben. Im Grunde handele es sich um eine *Rousseausche* Täuschung, man könne nicht ebensowenig wie *Rousseau* es mit seiner Rückkehr zur Natur propagiert habe, mit „Liebe“ und Emotionen auf die Entpersönlichung der technischen Zivilisation antworten. Es sei eben schwierig, als Blumenkind Computer-Zentren zu steuern.

Viele Persönlichkeits- und Kulturfaktoren gehen in den Stachel-schweinquotienten ein. *Bellak* beschreibt die Versuche der Intellektuellen und der Bürokraten, er erwähnt kurz den Prinzessin-auf-der-Erbse-Faktor, den Typ, der überall zwanghaft mit dabei sein muß und vieles mehr. Während die Eierköpfe, die Intellektuellen, abstrakte Lösungen vorschlagen und Diplome in Sozialwissenschaften anstreben, um die Probleme von Nähe und Ferne, von Wärme und Isolation zu lösen, versuchen die Schwarz-Weiß-Denker möglichst einfache Lösungen zu finden. *Bellak* beklagt, daß die Intellektuellen zwar die technischen Fähigkeiten, nicht aber die emotionalen Qualifikationen besitzen, mit diesen Problemen fertig zu werden, und meint entschuldigend, daß sich hinter dieser Intellektualisierung auch eine Abwehr gegen ein zu grosses Engagement verbergen könne, das den einzelnen zu überwältigen vermag.

Im zweiten Teil seines Buches, das sich mehr persönlichen Problemen zuwendet, tritt der Psychoanalytiker *Bellak* mehr in der Vordergrund. Er diskutiert das neue Krankheitsbild, das sich zunehmend aus Identitätsschwachen Persönlichkeiten zusammensetzt. Der Identitätssinn, der sich nur über den Kontakt zu anderen Menschen ergibt, ist durch die Veränderung dieses Kontaktes durcheinandergebracht worden. Unpersönliche Emotionen haben zugenommen, und allgemein ist eine Abnahme des individuellen Verantwortlichkeitsgefühls gegenüber einem institutionellen festzustellen, was eine Veränderung der Über-Ich-Struktur bedinge. Eheschwierigkeiten, mit denen der Psychoanalytiker immer mehr konfrontiert werde, basierten meistens darauf, daß zwei Leute zu eng zusammen leben müssen. Nach *Bellak* gibt es kein besseres Beispiel für die *Schopenhauersche* Parabel von den Stachelschweinen als das Ehebett. Die seelische Gesundheit eines Individuums bestehe letztlich darin, seinen Stachelschweinquotienten selbst bestimmen zu können.

Das Buch stellt sicherlich nicht den Anspruch, eine tiefgehende, gründliche Analyse der organisierten Gesellschaft zu sein oder den ökologischen Aspekt sozialer Werte wissenschaftlich abgesichert darzustellen. Es enthält eine Fülle von Stimuli, die zum Nachdenken, zum Wiedererkennen oder auch zum weiteren Assoziieren einladen. Es ist durchweg witzig



geschrieben, mit optimalem Stachel-Input, enthält Schlitzohriges und Verständnis und ist ein Buch, das wir seinem Autor, dem Schizophrenie-Psychotherapeuten und Schizophrenie-Forscher *Bellak*, der Ich-Skalen und Apperzeptionsteste entwickelt hat, nicht ohne weiteres zugeschrieben hätten.

Günter Ammon (Berlin)/Gislinde Bass (München)

*Gerd Biermann*

*Die psychosoziale Entwicklung des Kindes in unserer Zeit*

Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel, 1972, 170 Seiten,  
Pbck. DM 17.—, Ln. DM 20.80

Dieses Buch bringt einen ausgezeichneten und trotz aller Kürze umfassenden Abriß aller Aspekte der Entwicklung, Fehlentwicklung und Therapiemöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen mit einem ausführlichen Literaturverzeichnis. Es eignet sich gut als Einweisung und Quellengrundlage für das Studium der Kinderentwicklung und -psychotherapie.

*Biermann* betont besonders, daß zu Beginn des Daseins der meisten Kinder unserer Zeit frühe emotionale Frustrationen stehen, die in enger Abhängigkeit von den sozialen Forderungen der Gesellschaft stehen, in welcher Eltern mit ihren Kindern leben.

In diesem Zusammenhang weist *Biermann* auf die „unsichtbaren“ Väter, wie sie *Mitscherlich* beschrieben hat, hin. Er zeigt die Entstehung und Bedeutung psychosomatischer Symptome und betont die Notwendigkeit für Haus- und Kinderärzte, diese „Körpersprache“ zu verstehen. Als gutes Hilfsmittel sieht er hierfür die Balint-Gruppen für Kinderärzte. Ein langes Kapitel widmet der Autor dem mißhandelten Kind und fordert, daß nicht nur Kindern, sondern vor allem auch ihren Eltern psychotherapeutische Hilfe gegeben werden muß.

Adelheid Barth (Berlin)

*Arthur Janov*

*Der Urschrei— Ein neuer Weg der Psychotherapie*

S. Fischer, Frankfurt/M., 1973, 370 Seiten, DM 18,—

Der Untertitel dieses Buches lautet: Ein neuer Weg der Psychotherapie. Man ist in der Tat auf die neuen Erkenntnisse von *Janov* gespannt, wenn man auf dem Einbanddeckel liest: „S. Freud veröffentlichte 1900 die Traumdeutung. Dr. Janovs Werk mag ebenso wichtig sein“. Fragt man sich aber, was der Autor überhaupt über Psychoanalyse weiß, so trifft man auf umwerfende Feststellungen: So meint er, seit *Freud* hätten sich die Psychologen mit Symptomen und nicht mit Ursachen befaßt. Man staunt über die Ignoranz des Autors, wenn er postuliert, alle Neurosen gingen auf dieselbe spezifische Ursache zurück und sprächen auf dieselbe spezifische Behandlung an. Bei jeglicher kritischer Analyse gesellschaftlicher und psychoanalytischer Vorgänge soll seine „Primärtherapie“ die

Regression auf ein spannungsloses, glückliches „Sein“ ermöglichen. Nach Janov verursacht die Erkenntnis des Kindes, daß seine realen Bedürfnisse und Gefühle im Widerspruch zu den Erwartungen der Eltern stehen, Schmerz. Die Summierung dieser Schmerzen bilde dabei den „Urschmerz“, „jene ursprüngliche, frühe Verletzung, auf der sich die spätere Neurose aufbaut“. Das „reale“ Ich ruht gleichsam in einer Art „Urschmerzbehälter“, zu dem die Neurose den Deckel bildet. Die „Primär-Therapie“ gilt als die methodische Entleerung dieses Urschmerzbehälters. Die Schmerzen entladen sich im „Urschrei“, jenem Schrei, den das Kind einst nicht auszustoßen wagte, um die Liebe der Eltern nicht völlig zu verlieren.

Der Autor möchte also vom gesellschaftlichen Schein („irreales Ich“) zurück zum existentiellen „Sein“ („reales Ich“) führen. Man kann sich aber dabei des Eindrucks nicht erwehren, daß er mit seiner Urschreitherapie nichts anderes als eine Regression in die Urhöhle empfiehlt. Es fehlt nämlich jeglicher Hinweis, wie die therapeutische Methode eine realitätsgerechte Auseinandersetzung mit der eigenen Person und der Umwelt ermöglichen kann.

Somit gibt das Buch eines jener fragwürdigen Beispiele für schrankenlosen Irrationalismus, der gewöhnlich immer dann auftritt, wenn Probleme nicht mehr rational lösbar erscheinen. Durch eine Reihe peinlicher Simplifizierungen versucht der Autor den komplexen Problemen der Gesellschaft und der Psychoanalyse auszuweichen. *Karin Ammon* (Berlin)

*Ernst Flackus*

*Meditationen — Vier musikalische Interpretationen*

*Einführung: Prof. Dr. med. E. Wiesenhütter*

*Ernst Flackus — Clarinette, Siegfried Fink — Percussion*

J. F. Lehmanns, München, 1974, DM 24,80

In seiner Einführung weist *Wiesenhütter* darauf hin, daß die vier Musikstücke auf dieser Schallplatte für den dem Streß und den Überlastungen des heutigen Lebens ausgesetzten Menschen als Hilfe zur entspannenden Meditation gedacht sind. Sie sollen keine therapeutische Funktion erfüllen, sondern bei weitgehender körperlicher Entspannung zu einem Erleben der Vertiefung und Versenkung, zur Sicht nach Innen führen.

In der Kombination von Schlagzeug und verschiedenen alten Blasinstrumenten wird eine fernöstlich-anmutende, man könnte sagen, archaische Musik gebildet, in der wiegende, weiche Rhythmen und abstrakte, einfache Melodien von großer Intensität den Zuhörer gefangen nehmen und ihn in ihrem Gleichmaß und ihrer Klarheit umhüllen. Insofern bringt die Schallplatte das, was sie verspricht. Die Referentin fühlte sich angenehm beruhigt, während sie über den Sinn dieser Schallplatte nachdachte.

*Regine Schneider* (Berlin)

## Nachrichten

VI. Internationales Symposium der DAP vom 9. bis 13. Juni 1974 auf Schloß Weidenkam am Starnberger See, Ambach bei München

„Psychoanalytische Behandlungstechnik“

### PROGRAMM

SONNTAG, 9. 6. 1974

18—20 Uhr REGISTRATION

MONTAG, 10. 6. 1974

- 10 Uhr ERÖFFNUNG:  
 Dr. med. Günter Ammon, Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse,  
 Prof. Dr. phil. Nikolaus Lobkowicz, Rektor der Münchener Universität,  
 Georg Kronawetter, Oberbürgermeister der Stadt München, und  
 Vertreter der ausländischen Delegationen
- 11 Uhr Chairman: Igor A. Caruso (Salzburg)  
 1. HAUPTREFERAT, Walter Th. Winkler (Gütersloh)  
 Derealisations- und Depersonalisationssyndrom mit Bericht über den Verlauf einer analytischen Therapie
- 11.30 Uhr DISKUSSION des Vortrages in Diskussionsgruppen
- 15 Uhr Chairmen: Wolfram Kurth (Wiesbaden),  
 Hubert Pozarnik (Ljubljana)  
 2. HAUPTREFERAT, Béla Buda (Budapest):  
 Strategie und Taktik in der Gruppenpsychotherapie
- 16—18 Uhr KURZREFERATE  
 Marthe Burger-Piaget (Genf): Variations de technique dans les psychanalyses  
 Ivan Milakovic (Sarajevo): Einige Erfahrungen und dynamische Aspekte bei Alkoholikern in therapeutischen Gemeinschaften  
 Mathias Hirsch (Berlin): Die Technik der Konfrontation in der Gruppen- und Einzelanalyse

Karin Ammon (Berlin): Zur Handhabung  
der Gegenübertragung bei Borderline-Patienten

20.30 Uhr PARALLELLAUFENDE ARBEITSGRUPPEN —  
Erste Sitzung

1. Interviewtechnik  
Fritjof Winkelmann (Berlin)
2. Notfalltherapie  
Günter Ammon (Berlin)
3. Kurztherapie  
Béla Buda (Budapest)
4. Fokaltherapie  
Gottfried R. Bloch und  
Noretta Haas-Bloch (Los Angeles)
5. Kontrollanalyse  
Jan Pohl (München)
6. Pränatal-psychoanalytische Behandlung  
Gustav Hans Graber (Bern) und  
Astrid Knebel (Baden-Baden)
7. Kinderpsychotherapie  
Regine Schneider und  
Karin Ammon (Berlin)
8. Milieuthherapie  
Gislinde Bass (München) und  
Ingeborg Urspruch (Berlin)
9. Gruppenpsychotherapie  
Petra Schneider und Gerd Röhling (Berlin)

DIENSTAG, 11. 6. 1974

- 10 Uhr Chairman: Günter Ammon (Berlin)  
3. HAUPTREFERAT, Igor A. Caruso (Salzburg)  
Die Mehrdeutigkeit der Sprache in der Psychotherapie  
Chairman: Gottfried R. Bloch (Los Angeles)  
4. HAUPTREFERAT, Günter Ammon (Berlin)  
Das Übertragungsgeflecht in der analytischen  
Gruppenpsychotherapie: Intrapsychische, interpersonelle  
und gruppendynamische Aspekte
- 11.30 Uhr DISKUSSION der Vorträge in Diskussionsgruppen
- 15 Uhr Chairman: Mathias Hirsch (Berlin)  
5. HAUPTREFERAT, Regine Schneider (Berlin)  
Das Dyadenbündnis in der Mutter-Kind-Therapie

## 16—18 Uhr KURZREFERATE

Ana Rojnik (Ljubljana): Ich-zentrierte analytische Gruppentherapie

Gerd Röhling (Berlin): Zur Handhabung des Schweigens in der Hysterie und beim Borderline-Syndrom

Ursula Keller (Berlin): Ich-Spaltung bei der Perversion

Fritjof Winkelmann (Berlin): Plötzlicher Therapeutenwechsel in der analytischen Gruppen- und Einzeltherapie

## 20.30 Uhr FESTLICHER EMPFANG

## MITTWOCH, 12. 6. 1974

10 Uhr Chairman: Wolfram Kurth (Wiesbaden)  
6. HAUPTREFERAT, Gustav Hans Graber (Bern)  
und Astrid Knebel (Baden-Baden)  
Die pränatal-psychoanalytische Behandlung

Chairman: Regine Schneider  
7. HAUPTREFERAT, Jan Pohl (München)  
Veränderung psychoanalytischer Technik  
im therapeutischen Prozeß

11.30 Uhr DISKUSSION der Vorträge in Diskussionsgruppen

15 Uhr Chairman: Pál Dragos (Berlin)  
8. HAUPTREFERAT, Hubert Požarnik (Ljubljana)  
Ich-Analyse und Verhaltenstherapie bei der Impotenz

## 16—18 Uhr KURZREFERATE

Günter Ammon (Berlin): Grobe Kunstfehler in der psychoanalytischen Behandlung

Gislinde Bass (München): Die Arbeit mit gesunden Ich-Anteilen. Zur Technik der psychoanalytischen Milieuthherapie

Petra Schneider (Berlin): Zur Dynamik der kombinierten Technik

Rolf Schmidts (München): Darstellung eines körperlichen Beschwerdebildes im nicht-direktiven Interview und deren diagnostische Bedeutung

20.30 Uhr PARALLELLAUFENDE ARBEITSGRUPPEN —  
Zweite Sitzung

## DONNERSTAG, 13. 6. 1974

- 10 Uhr      Chairman: Béla Buda (Budapest)  
              9. HAUPTREFERAT, Gottfried R. Bloch  
              und Noretta Haas-Bloch (Los Angeles)  
              Psychotherapeutische Eingriffe  
              bei post-traumatischen Neurosen  
              Chairman: Jan Pohl (München)  
              10. HAUPTREFERAT, Alejandro Gállego Meré  
              und Marie Dominique Besancenot (Madrid)  
              Psychoanalytic Technique  
              in the Borderline Patients Therapy
- 11.30 Uhr    DISKUSSION der Vorträge in Diskussionsgruppen

## A B R E I S E

## DISKUSSIONSGRUPPEN

- |                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| A Gislinde Bass (München)     | H Edeltraud Wolf (Berlin)     |
| B Mathias Hirsch (Berlin)     | I Gerd Röhling (Berlin)       |
| C Ursula Keller (Berlin)      | K Rolf Schmidts (München)     |
| D Wiltrud Kernstock (München) | L Regine Schneider (Berlin)   |
| E Helmut Buck (Berlin)        | M Margot Schoch (München)     |
| F Hartwig Volbehr (Berlin)    | N Petra Schneider (Berlin)    |
| G Jan Pohl (München)          | O Fritjof Winkelmann (Berlin) |

Regional Meeting innerhalb des International College of Psychosomatic Medicine (ICPM) vom 22. bis 26. September 1974 auf Schloß Weidenkam am Starnberger See, Ambach bei München

„Zur Psychosomatik des sterbenden Patienten“

Chairman: *Günter Ammon* (Berlin)

## PROGRAMM

SONNTAG, 22. 9. 1974

18—20 Uhr REGISTRATION

MONTAG, 23. 9. 1974

10 Uhr ERÖFFNUNG:

Dr. med. Günter Ammon, Chairman des Regional Meeting,  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische  
Medizin

Prof. Dr. phil. Nikolaus Lobkowitz, Rektor der Univer-  
sität München

Prof. Dr. med. Mauricio Knobel, Präsident des Interna-  
tional College of Psychosomatic Medicine  
und die Vertreter der ausländischen Delegationen

11 Uhr Chairman: Günter Ammon (Berlin)

1. HAUPTREFERAT, Mauricio Knobel (Buenos Aires)  
The Meaning of Death to the Adolescent —  
Experiences with Adolescents with Dying Parents

12 Uhr Diskussion des Vortrags in Diskussionsgruppen

16—18 Uhr Chairmen: Wolfram Kurth (Wiesbaden), Margot Schoch  
(München)

### KURZREFERATE

Jan Pohl (München): Das Problem des Sterbens  
in der stationären Behandlung

Wolfram Kurth (Wiesbaden):  
Biologischer Tod und geistiger Tod

Gopal S. Puri (Liverpool):  
Yoga and Psychosomatic Disorders

Alberto M. Comazzi (Mailand):  
Problems of Communication with Cancer Patients



Dietrich v. Kries (Berlin): Psychosomatische Syndrome  
als Problem der Ich-Regulation

Karl J. F. Gossner (Belle Mead, New Jersey):  
The Bereaved Relatives

20.30 Uhr

PARALLELLAUFENDE ARBEITSGRUPPEN —  
Erste Sitzung

1. Die Funktion der Gruppe  
bei psychosomatischen Erkrankungen  
Günter Ammon (Berlin)
2. Psychosomatische Reaktionen  
in einem gruppenpsychotherapeutischen Prozeß  
Regine Schneider (Berlin)
3. Symptomverschiebung von  
psychosomatischer zu psychotischer Reaktion  
Ursula Keller (Berlin) und Mathias Hirsch (Berlin)
4. Der psychosomatische Patient  
in der internistischen freien Praxis  
Margot Schoch (München)
5. Zur Psychosomatik des sterbenden Patienten  
Jan Pohl (München)
6. Zum Problem der Todesfeststellung  
Hartwig Volbehr (Berlin)
7. Beziehungen zwischen Geburtstrauma und Tod  
Gustav H. Graber (Bern) und Astrid Knebel  
(Baden-Baden)

DIENSTAG, 24. 9. 1974

10 Uhr

Chairman: Herman Musaph (Amsterdam)  
2. HAUPTREFERAT, Günter Ammon (Berlin)  
Tod und Sterben in der Industriegesellschaft

Chairman: Karin Ammon (Berlin)

3. HAUPTREFERAT, Dan G. Hertz (Jerusalem)  
Confrontation with Death

11.30 Uhr

Diskussion der Vorträge in Diskussionsgruppen

16-17.30 Uhr

Chairmen: Lothar Schmidt (Berlin), Jan Pohl (München)

KURZREFERATE

Klaus-Dietrich Stumpfe (Essen): Der psychogene Tod  
Lothar Schmidt (Berlin): Erfahrungen mit der  
Gruppenhypnose in der Behandlung Alkoholkranker

Gerd Röhling (Berlin):

Zur Psychosomatik des Alkoholismus

Fritjof Winkelmann (Berlin): Arbeit mit Balint-Gruppen  
als Beitrag zur psychosomatischen Teamarbeit

Miklavz Petelin (Ljubljana/Jugoslawien):

Erfahrungen mit psychoanalytischer Gruppenkurztherapie  
bei fettsüchtigen Patienten

18.00 Uhr

PANEL-DISKUSSION

„AKTIVE UND PASSIVE STERBEHILFE“

Leitung: Günter Ammon (Berlin)

Teilnehmer:

Paul Neuenzeit (Würzburg), römisch-katholische Theologie

Harald Knudsen (Berlin), evangelische Theologie

Mohamed S. El-Safti (Berlin), Psychoanalyse, Islam

Mauricio Knobel (Buenos Aires), Psychiatrie

Dan G. Hertz (Jerusalem), Psychiatrie

Hellmut Mehnert (München), Innere Medizin

Hartwig Volbehr (Berlin), Intensivmedizin

20.30 Uhr

PARALLELLAUFENDE ARBEITSGRUPPEN —  
Zweite Sitzung

## MITTWOCH, 25. 9. 1974

10.00 Uhr

Chairman: Günter Ammon (Berlin)

4. HAUPTREFERAT, Gustav H. Graber (Bern)  
und Astrid Knebel (Baden-Baden):

Die pränatal-psychoanalytische Behandlung

11.30 Uhr

Diskussion des Vortrags in Diskussionsgruppen

16—18 Uhr

Chairmen: Regine Schneider (Berlin), Fritjof Winkelmann  
(Berlin)

### KURZREFERATE

Petra Schneider (Berlin): Über die Reaktion  
einer Kindergartengruppe auf den Tod eines Vaters

Regine Schneider (Berlin):

Frühkindliche Reaktionen auf Tod und Sterben

Henry Damm (Offenbach):

Psychosexualtherapie: das Michigan-Modell in der Praxis

Gerhard Rottmann (Salzburg):

Vorgeburtliche Entwicklung und Sterbeprozess —  
physiologische und paraphysiologische Aspekte

Verena Damm (Offenbach):

Psychosomatik in der Augenheilkunde: one step ahead

20.30 Uhr FESTLICHER EMPFANG

D O N N E R S T A G , 26. 9. 1974

10 Uhr Chairman: Jan Pohl (München)

5. HAUPTREFERAT, Nicholas Destounis (Athen)

The Psychology of the Dying Patient

Chairman: Fritjof Winkelmann (Berlin)

6. HAUPTREFERAT, Adam J. Krakowski (New York)

The Meaning of Death

in Psychodynamics of Medical Practice

11.30 Uhr Diskussion der Vorträge in Diskussionsgruppen

16—18 Uhr Chairmen: Ursula Keller (Berlin), Rolf Schmidts (Prien/  
Chiemsee)

KURZREFERATE

Arcan Petru (Timisoara/Rumänien):

To Help Living and to Help Dying

Rolf Schmidts (Prien/Chiemsee):

Die Darstellung und Bedeutung eines körperlichen  
Beschwerdebildes im nicht-direktiven Interview

Karin Ammon (Berlin): Über die Möglichkeiten  
des Einflusses des ödipalen Konfliktes auf die

Symptomwahl bei psychosomatischen Erkrankungen

Harald Knudsen (Berlin): Psychologische Beobachtungen  
eines Seelsorgers in einem Hospital

Henri Baruk (Paris):

The Signification of Death

Änderungen vorbehalten

Anmeldung von weiteren Arbeitsgruppen erwünscht.

Kongresssprachen: Deutsch und Englisch

Referate und Anmeldungen zur Leitung von Arbeits- oder  
Diskussionsgruppen bitten wir zu richten an die  
Wissenschaftliche Leitung des Regional Meeting

Dr. med. Günter Ammon

1 Berlin 28

Hattenheimer Str. 4

Organisationskomitee:  
1 Berlin 28  
Hattenheimer Str. 4  
(030) 883 92 24  
401 43 36

Leitung des Organisationskomitees:  
Dr. med. Jan Pohl  
8 München 40  
Leopoldstr. 87  
(089) 34 14 44

Teilnahmegebühren: 300,— DM

Einzuzahlen bei Anmeldung (bis zum 1. August 1974)  
auf eines der Konten der DGPM:

Berliner Commerzbank, Konto Nr. 51 45826 00 oder  
Postscheckamt Berlin West, Konto Nr. 3941 85—107

### *„Psychoanalyse und Psychosomatik“*

In diesen Tagen wurde beim Piper-Verlag, München, das neue Buch von Günter Ammon, „Psychoanalyse und Psychosomatik“ mit folgender Verlagsankündigung ausgeliefert:

„Der Autor entwickelt hier eine neue psychosomatische Theorie auf der Basis der Ich-Psychoanalyse, d. h. die psychosomatische Symptombildung wird auf eine frühe Entwicklungsstörung des Ichs in der Phase der Körper-Ich-Bildung zurückgeführt. Die psychosomatische Reaktion wird nicht als ein individuell vollzogener Verdrängungsakt von Triebimpulsen verstanden, sondern als Ausdruck eines gestörten Interaktionsprozesses. Ammon stellt hier außerdem erstmalig die moderne Ich-psychoanalytische Forschung und die psychoanalytische Gruppenforschung seines Instituts dar.“

### *Münchener Ausbildungsinstitut*

#### *der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)*

Das vor anderthalb Jahren gegründete Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), welches seit Oktober 1973 seine neuen Räume in München 40, Leopoldstr. 87, bezogen hat, wird seit Januar 1974 von Dr. med. Jan Pohl geleitet. Zur Zeit stehen 21 Kandidaten, vornehmlich Ärzte und Diplom-Psychologen, in psychoanalytischer Ausbildung. Entsprechend den Ausbildungsrichtlinien der DAP absolvieren sie sowohl eine Gruppenlehranalyse, wozu

ihnen drei Gruppen zur Verfügung stehen, sowie eine Einzellehranalyse. Mehr als die Hälfte der Ausbildungskandidaten sind derzeit bei den vier zum Institut gehörenden Lehranalytikern in Lehranalyse.

Die theoretische Ausbildung findet in drei Seminaren statt, deren Themen Grundlagen der Psychoanalyse, das Studium der *Freudschen* Schriften und die Allgemeine Neurosenlehre sind, ferner die Grundlagen der psychoanalytischen Gruppentherapie und der Gruppendynamik. In einer Institutsgruppe, an der alle Ausbildungskandidaten teilnehmen, wird die Dynamik der Ausbildungs- und Institutssituation gruppenspezifisch reflektiert.

Der Fachbereich Gruppendynamik innerhalb der Münchener Sektion der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), unter der Leitung von Frau *Gislinde Bass*, ist ein wesentlicher Bestandteil des Instituts. 14 Kandidaten, Psychologen, Lehrer, Sozialarbeiter, befinden sich in der Ausbildung zum Gruppendynamiker. Zur Zeit laufen zwei langfristige Studiengruppen mit insgesamt 24 Teilnehmern. Darüber hinaus werden monatlich gruppenspezifische Wochenendgruppen durchgeführt, für die ein außerordentliches Interesse besteht.

Die parallel zum Berliner Institut stattfindenden Gastdozenturen — in diesem Jahr Professor *Luigi Stroppiana* (Rom) und Professor *Rudolf Kausen* (München) — waren für alle Ausbildungsteilnehmer und zahlreiche geladene Gäste festliche Anlässe, Vertreter anderer Schulen kennenzulernen.

Das Münchener Institut der DAP, das in Forschung und Lehre die Erkenntnisse der Berliner Schule vertritt und von öffentlicher Seite, insbesondere auch der Münchener Ärztekammer, begrüßt und unterstützt wird, ist Anziehungspunkt zahlreicher Bewerber um eine psychoanalytische oder gruppenspezifische Ausbildung.

### *Studien- und Arbeitsgemeinschaft Düsseldorf der DAP*

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) hat eine Studien- und Arbeitsgemeinschaft Düsseldorf gegründet. Sie ermöglicht die Ausbildung zum Psychoanalytiker und Gruppenpsychotherapeuten gemäß den Ausbildungsrichtlinien der DAP sowie in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) die gruppenspezifische Ausbildung.

Im Herbst 1974 beginnt eine lehranalytische Ausbildungsgruppe, zu der noch Teilnehmer zugelassen werden können.

Weitere Informationen über das Sekretariat:

Dipl.-Psych. Kurt Husemann  
5071 Altenberg-Böhmerich  
Telefon: (0 21 74) 23 29

### *Außerordentliche Mitgliederversammlung der DAP*

Am 24. 3. 1974 fand im Berliner Lehr- und Forschungsinstitut eine außerordentliche Mitgliederversammlung der DAP statt.

Nach einem einleitenden Jahresbericht über die Arbeit der DAP wurden 10 weitere Ärzte und Diplompsychologen als affilierte Mitglieder aufgenommen.

Im Vorstand und Unterrichtsausschuß der DAP fanden durch Neuwahl folgende Veränderungen statt:

Dr. med. *Jan Pohl*, Direktor des Münchener Lehr- und Forschungsinstituts, wurde 2. Vizepräsident und Leiter des Unterrichtsausschusses. Sein bisheriges Amt als Exekutivsekretär der DAP übernahm Dr. med. *Fritjof Winkelmann*. Dr. med. habil. Dr. phil. *Wolfram Kurth* (Wiesbaden) wurde stellvertretender Leiter des Unterrichtsausschusses.

Frau *Gislinde Bass* wurde mit Lehranalysen beauftragt und Mitglied des Unterrichtsausschusses. Als Vertreter der Ausbildungskandidaten des Berliner LFI wurde *Helmut Buck* und des LFI München OMR Dr. med. *Rolf Schmidts* gewählt.

### *Wissenschaftliche Veranstaltungen der DAP 1974*

Am 22. 2. 1974 sprach im Rahmen der wissenschaftlichen Vorträge 1974 der Deutschen Akademie für Psychoanalyse *Günter Ammon* zum Thema: „Was ist psychoanalytische Therapie?“ In diesem Referat ging er von einer Vielfalt psychoanalytischer Therapieformen aus, die von der klassischen Analyse über die psychoanalytische Gruppentherapie, Kinder- und Familientherapie, Psychosentherapie bis zur analytischen Milieuthherapie reichen. Mit ihrer Hilfe können nicht mehr nur Patienten mit Neurosen, sondern auch Borderline-Kranke, psychosomatisch Kranke und Patienten mit Psychosen differenziert behandelt werden.

Gemeinsame Basis all dieser psychoanalytischen Verfahren ist das Verständnis des psychopathologischen Symptomverhaltens als Kommunikationsversuch. Das Ziel dieser Behandlungsmethoden ist keine bloße Amputation des Symptoms, sondern eine Aufhebung der zugrunde liegenden Zwänge im „repeat and repair“ des interpersonellen Prozesses zwischen Patient und Therapeut. „Drehpunkte der Behandlung“ sind die Bearbeitung von Widerstand und Übertragung. *Ammon* ging danach auf das „Sprach-Ich“ als Indikator des Therapieverlaufs und auf die nonverbale Kommunikation in der Gruppentherapie durch Identifikation mit sprechenden Patienten und die aktiven nonverbalen Ausdrucksmöglichkeiten der Milieuthherapie ein.

Er interpretierte alle Formen psychoanalytischer Therapie als Gruppensituationen, die dem Patienten ein System guter Objektbeziehungen

bereitstellen, deren Verinnerlichung eine nachholende Ich-Entwicklung ermöglicht.

In der anschließenden lebhaften Diskussion betonten mehrere Teilnehmer das krasse Mißverhältnis zwischen der Häufigkeit psychischer Erkrankungen und der Zahl der tätigen Analytiker, die Insuffizienz der kassenärztlichen Regelung und das unverständliche Privileg der Bundeskassenärztlichen Vereinigung, über die Anerkennung eines Instituts zur Ausbildung nicht-ärztlicher Therapeuten zu entscheiden.

Am 28. März 1974 fand im Münchener Institut und am 29. März 1974 im Berliner Institut der DAP die Gastdozentur von Professor Dr. phil. R. Kausen statt, dessen eineinhalbstündiger Vortrag eine gute Übersicht über das Werk von *Alfred Adler* vermittelte. Die anschließende, sehr rege Diskussion, die keineswegs beanspruchte, ein für allemal festzustellen, wie weit *Adler* noch Freudianer, bzw. *Freud* bereits Adlerianer war, beschäftigte sich intensiv mit der Differenzierung der beiden Begriffe „Ermutigung“ und „Ich-Stärke“ im Hinblick auf die Berliner Schule und die Dynamische Psychiatrie, wobei vor einer Gleichsetzung wegen der verschiedenen Ich-Begriffe und der Theorien über Ich-Entwicklung abgesehen wurde, sowie mit der Bedeutung sozialer Interaktionen, wie sie im therapeutischen Prozeß beobachtet werden können, wobei auf der einen Seite mehr vom Wiederholungszwang die Rede war und auf der anderen von der Verzerrung durch den fiktiven Lebensplan. Die Diskussion wurde nach dem Vortrag in kleinen Gruppen noch lange weitergeführt.

### *Ausstellung des Psychoanalytischen Kindergartens*

Anlässlich des 50jährigen Bestehens des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes fand am 18. und 19. April eine Ausstellung im Europa-Center Berlin statt. Ausstellen und damit ihre Arbeit darstellen wollten die Mitgliedsorganisationen, also auch wir, der Psychoanalytische Kindergarten der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG). Die künstlerische Leitung übernahm Dipl.-Ing. D. Engel gemeinsam mit den Mitarbeitern des Kindergartens.

Produzenten waren die Kinder selbst. Jede Gruppe bemalt gemeinsam eine Spanplatte. Da die Gruppen altersspezifisch zusammengesetzt sind, wurde jedes Bild ein Dokument der entsprechenden Entwicklungsphase einerseits und der kreativen Entfaltung andererseits.

Auf einer Phototafel waren die Kinder in ihren Spielaktionen zu sehen.

Der Stand wurde zu einem „Stück Kindergarten“: Die Kinder spielten dort, malten und buken Waffeln. Die gemalten Bilder und Basteleien hingen an Wäscheleinen und sollten — ebenso wie die Waffeln — verkauft werden. Wenn auch der Verkauf mäßig war, so trugen die Bildergirlanden doch dazu bei, daß die Kinder das Gefühl hatten, es sei ihre Ausstellung und ihr Werk. Überhaupt war die Ausstellung für die Kinder



ein Erlebnis: sie konnten selbstproduzierte Dinge zeigen oder verschenken und wurden in ihrer künstlerischen Leistung akzeptiert und bewundert.

Wohl jedem Besucher ist die lebendige und freundliche Atmosphäre aufgefallen, viele fühlten sich einbezogen. Diese Lebendigkeit und Spontanität trat gegenüber der sonst kühlen, sachlichen und unpersönlichen Informationsvermittlung hervor.

Unsere Zielsetzung der Arbeit mit den Kindern wurde auf der Tafel „Warum psychoanalytischer Kindergarten“ dargestellt. Daneben hing eine Tafel, die das Zusammenspiel der drei Gruppen im Kindergarten: Kindergruppe, Elterngruppe und Mitarbeitergruppe erläuterte und die zuvor beschriebene Bedeutung der Elternarbeit und der Mitarbeiterkontrollgruppen graphisch darstellte.

Interessierten Besuchern stand ein Büchertisch mit Veröffentlichungen und wissenschaftlichen Arbeiten der DGG zur Verfügung. Unter anderem lag der Reader „Psychoanalytische Pädagogik“ von Gisela Ammon aus, der Vorraussetzung aber auch Ergebnis der jetzigen Arbeit im Psychoanalytischen Kindergarten ist.

Die Tafeln der Ausstellung sind bis auf weiteres in der Galerie des LFI noch zu besichtigen.

#### *4. Gruppendynamische Klausurtagung der DGG*

Vom 4.—13. April 1974 fand in Paestum die 4. Gruppendynamische Klausurtagung der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) statt. Die 67 Teilnehmer trafen sich in sieben parallel laufenden Gruppen mit je zwei Gruppenleitern zweimal täglich zu den Sitzungen. Erstmalig war auch eine Kindergruppe unter der Leitung einer Mitarbeiterin des Psychoanalytischen Kindergartens in die Klausurtagung einbezogen. Neben den persönlichen Erfahrungen in den Gruppen war für alle Teilnehmer die enge Beziehung der gruppendynamischen Prozesse der Großgruppe, der Kindergruppe, der Leitergruppe und der einzelnen Studiengruppen ein eindrucksvolles Erlebnis.

An den Abenden leitete *Günter Ammon* ein Seminar über Psychosomatische Medizin, bei dem in angeregten Diskussionen das Konzept der Berliner Schule erörtert und erweitert wurde.

## Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG)

### *Fachbereich Gruppendynamik*

Konfliktreiche und häufig gestörte Kommunikationsstrukturen in Gruppen bilden ein Hindernis in vielen Bereichen des sozialen Lebens. Gruppendynamische Studiengruppen bieten für die Teilnehmer eine spezifische Situation, in der sie die dynamische Entwicklung einer Gruppe am Beispiel ihrer eigenen Erfahrung und Teilnahme im Hier und Jetzt erleben und untersuchen können. Das Konzept der Gruppendynamik der DGG basiert auf der Theorie der analytischen Gruppendynamik, wie sie in der Berliner Schule durch Günter Ammon entwickelt worden ist. Die gruppendynamischen Studien- und Forschungsgruppen haben keine therapeutischen Aufgaben und Ziele.

### PROGRAMM

HERBST — WINTER 1974/75

#### *Gruppendynamische Studiengruppen*

T 16            Start im September in Berlin  
T 17            Start im November in Berlin  
TM 1           Start am 15. 1. 1975 in München

#### *Gruppendynamische Wochenendgruppen*

|      |                  |           |      |                  |            |
|------|------------------|-----------|------|------------------|------------|
| W 14 | am 13.—15. 9.    | in Berlin | M 7  | am 20.—22. 9.    | in München |
| W 15 | am 18.—20. 10.   | in Berlin | M 8  | am 25.—27. 10.   | in München |
| W 16 | am 15.—17. 11.   | in Berlin | M 9  | am 22.—24. 11.   | in München |
| W 17 | am 6.—8. 12.     | in Berlin | M 10 | am 13.—15. 12.   | in München |
| W 18 | am 17.—19. 1. 75 | in Berlin | M 11 | am 24.—26. 1. 75 | in München |

#### *Gruppendynamische Klausurtagungen*

5. Klausurtagung vom 1.—10. 8. 74 in Stelzerreut/Bayerischer Wald  
6. Klausurtagung vom 25. 12. 74—4. 1. 75 in Stelzerreut/Bayerischer Wald

In der Beziehung zwischen Arzt und Patient spielen während des Therapieverlaufs, insbesondere bei psychosomatischen, aber auch bei organischen Erkrankungen psychische und soziale Faktoren eine entscheidende Rolle. Ebenso wird der Lehrer in der Schulklasse mit psychodynamischen Verflechtungen und Übertragungen konfrontiert, die den Ablauf des Unterrichtsgeschehen stark beeinflussen. Balint-Gruppen sind problemorientierte Studiengruppen, die psychodynamische Vorgänge erhellen und die Beziehungen zwischen Arzt und Patient bzw. Lehrer und Schülern transparent machen wollen.

#### *Balint-Gruppen für Ärzte*

B 3 Start am 11.—13. 10. in Berlin

#### *Balint-Gruppen für Lehrer*

BL 1 Start am 6.—8. 9. in Berlin  
BL 2 Start am 8.—10. 11. in Berlin

Weitere Informationen und Anmeldungen an:  
Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG)

1 Berlin 15  
Wielandstr. 27/28  
Tel.: (030) 8 83 92 24

8 München 40  
Leopoldstr. 87  
Tel.: (089) 34 14 44



Günter Ammon während der Eröffnung des VI. Internationalen Symposiums der DAP auf Schloß Weidenkam am Starnberger See zum Thema „Psychoanalytische Behandlungstechnik“.